RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/657/2020 **ATAS/311/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 mars 2022

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS	recourante

contre

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

Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1967, architecte de formation, était inscrite auprès de la Caisse de chômage du SIT à Genève. A ce titre, elle était assurée auprès de la SUVA contre les accidents professionnels et non professionnels.

b. Le 20 octobre 2016, l'assurée a été renversée par une moto alors qu'elle traversait en dehors d'un passage pour piétons selon les témoignages. Inconsciente durant 5 minutes, elle a été transportée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) en ambulance.

c. Les médecins des HUG ont diagnostiqué un traumatisme crânien, avec hématome sous dural au niveau postérieur de la fosse cérébrale et de la tente du cervelet à droite, hémorragie sous-arachnoïdienne pariéto-temporale droite de contrecoup et fracture non déplacée pariéto-temporale gauche, une plaie base du nez, arcade gauche et cuir chevelu à gauche, suturées aux urgences, une contusion thoracique, une fracture des branches ilio- et ischio-pubiennes droites, une dermabrasion du poignet gauche et ténosynovite post-trauma des fléchisseurs, une plaie délabrante cutanée en regard du condyle médial fémoral gauche d'environ 15 cm, suturée aux urgences.

d. L'assurée a été hospitalisée du 24 octobre au 16 novembre 2016 en unité de médecine physique et réadaptation orthopédique. Un arrêt de travail à 100 % a été délivré. La SUVA a pris en charge le cas.

B. **a.** Divers examens ont été pratiqués aux HUG, dont une IRM cérébrale à la recherche de lésions axonales diffuses qui ne seront pas retrouvées. Au vu de la bonne évolution clinique et biologique, l'assurée a été autorisée à regagner le domicile.

b. Le Dr B_____, spécialiste FMH en neurologie, a établi des rapports médicaux en date des 1er février et 17 février 2017, aux termes desquels l'assurée, qui souffrait au départ d'un syndrome post-traumatique (céphalée post-traumatique et trouble de la concentration), ne présentait qu'un très discret affaiblissement cognitif qui se manifestait par un léger défaut d'attention et une baisse de performance sur la mémoire épisodique de travail. L'IRM cérébrale du 13 février 2017 concluait à une résorption des hémorragies sous-arachnoïdiennes et sous-durales, des anomalies de signal millimétrique au niveau temporal latéral droit, compatibles avec des dépôts d'hémosidérine post-HSA et de possibles composantes de micro-contusions parenchymateuses.

c. Le médecin d'arrondissement de la SUVA a procédé à un examen final le 12 juin 2017. Il a noté que sur le plan orthopédique, l'évolution était plutôt favorable. Pour les aspects neurologiques, il y avait une récupération complète des capacités cérébrales, compte tenu de l'IRM normale effectuée en février. Selon le

médecin, la reprise professionnelle de l'ancienne activité était envisageable, en l'absence de séquelle objective, dès le jour de l'examen final, à 50%, suivi d'un taux de 100% dès le 15 juillet 2017. Il proposait la clôture du cas.

d. Le Dr B_____ a continué d'établir des certificats d'incapacité de travail à 50%. Le 12 octobre 2018, la SUVA a ordonné une expertise pluridisciplinaire, avec volet neurologique, neuropsychologique et psychiatrique.

e. Les experts ont rendu leurs rapports en date des 4 mars 2019 (rapport d'examen neuropsychologique), 11 mars 2019 (rapport d'examen neurologique) et 12 mars 2019 (expertise psychiatrique). L'examen neuropsychologique a mis en évidence des troubles minimes à légers. L'expert psychiatre n'a retenu qu'une anorexie mentale, présente depuis l'adolescence sans lien de causalité naturelle avec l'accident. La capacité de travail est pleine et entière du point de vue psychiatrique. Selon l'expert neurologue, le Dr C_____, les atteintes sur le plan neuroradiologique et neuropsychologique sont encore en rapport avec l'accident selon le degré de vraisemblance prépondérante, mais il s'agit d'une atteinte très peu sévère et qui ne permet pas de justifier une incapacité de travail de 50% telle qu'attestée par le neurologue traitant. En appréciation consensuelle, les experts ont estimé, en s'appuyant sur les critères de l'Association suisse de neuropsychologie, à une capacité de travail de 100%, avec une perte de rendement de 20%, dans l'activité habituelle d'architecte ainsi que dans une activité adaptée.

C. **a.** Par décision du 1er octobre 2019, la SUVA a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité de 20% dès le 1er avril 2018, fondée sur une diminution de la capacité de gain de 20% et un gain annuel assuré de CHF 52'000.-, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. La SUVA s'est fondée sur les données médicales à disposition.

b. L'assurée, représentée par son mandataire, a formé opposition en date du 1er novembre 2019, au motif que les avis des experts sont contredits par le Dr B_____, neurologue traitant, lequel considère que la capacité de travail pour les séquelles du traumatisme crânien, est de 50%. Elle se réfère aussi à la décision de l'OAI du 25 octobre 2018, qui a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle a sollicité l'octroi d'une rente de 50% et à une IPAI plus élevée.

c. Selon le projet de décision de l'OAI du 2 décembre 2019, la capacité de travail de l'assurée est de 100%, avec une diminution de rendement de 20 %. La perte de gain s'élève à 43 %, de sorte que l'assurée a droit dorénavant à ¼ de rente AI.

d. Par décision du 21 janvier 2020, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire et les conclusions des experts. La SUVA note que la rente de 20% allouée est remplacée par une rente transitoire au sens de l'art 30 OLAA. Quant à l'IPAI de 10%, elle est fondée sur le barème figurant à l'annexe 3 OLAA (table 8) et les conclusions du Dr C_____. Rien ne permet de contredire les constations médicales ressortant du dossier.

D. **a.** Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée a interjeté recours le 21 février 2020, alléguant que les conclusions du Dr C_____ ne concordent pas avec celles de la neuropsychologue et du Dr B_____. Elle demande l'audition du Dr B_____ et l'apport du dossier AI. La recourante conclut à l'octroi d'une rente de 50 % et d'une IPAI reposant sur ce constat médical. Elle indique avoir recouru contre la décision de l'OAI qui retient les mêmes limitations que la SUVA.

b. Dans sa réponse, la SUVA, conclut au rejet du recours et se réfère aux conclusions de l'expertise.

c. A l'appui de sa réplique du 15 septembre 2020, la recourante produit un rapport du Dr B_____ du 18 août 2020, indiquant que l'évolution clinique s'est aggravée et que la capacité de travail est de 50% dans toute activité, avec une diminution de rendement de 50%.

d. Dans sa duplique du 14 octobre 2020, l'intimée relève que Dr B_____ se fonde sur des éléments postérieurs à la décision et, surtout, sur les déclarations de de l'assurée. Il n'y a pas d'élément objectif pour remettre en question les conclusions du Dr C_____.

E. **a.** Par écriture du 3 décembre 2020, la recourante a produit un nouveau courrier du Dr B_____ faisant état d'une aggravation clinique durant l'été. Selon ce médecin, l'examen neuropsychologique du 14 février 2019 effectué par Mme Priska BODMER a confirmé les altérations cognitives, mais il conteste que le traumatisme crânien soit qualifié de léger. Il a sollicité une nouvelle évaluation neuropsychologique.

b. Le 18 mars 2021, la recourante a produit un rapport du 2 février 2021 de la neuropsychologue Mme D_____ qui conclut à un examen dans les limites de la norme, un courrier du 12 mars 2021 du Dr B_____ qui persiste dans son appréciation de la capacité de travail et un courrier de la Dre E_____ du 16 mai 2019 mentionnant un état anxio-dépressif, des cervicalgies, des céphalées, une fatigue chronique sur insomnies et des troubles de la concentration. Elle sollicite l'audition des Drs B_____ et E_____. Le 26 mars 2021, la recourante a communiqué une attestation da la Dre E_____ indiquant que pour les problèmes entrant dans le cadre de la neurologie, elle avait adressé sa patiente à un neurologue.

c. Dans son écriture du 7 septembre 2021, la SUVA maintient ses conclusions et relève que le Dr B_____ persiste à considérer que la capacité de travail résiduelle ne dépasserait pas 50%, en faisant fi des conclusions de la neuropsychologue. Quant au rapport de la Dre E_____, il ne permet pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise.

d. Le 4 mars 2022, la recourante a communiqué une attestation de la Dre E_____ du 15 février 2022 certifiant une capacité de travail de 50% maximum.

EN DROIT

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

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

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

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

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

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur la quotité du droit à la rente d'invalidité ainsi que celle de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

7. **7.1** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

7.2 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).

7.3 Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

8. **8.1** Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al 1, 1ère phrase, LAA) ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. l, 2ème phrase LAA). La « naissance du droit à la rente » correspond au moment à partir duquel l'assuré peut potentiellement prétendre à un droit à la rente, indépendamment de l'octroi effectif d'une telle rente (Thomas FLÜCKIGER, in Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, n° 7 ad art. 19 LAA, avec référence à l'ATF 143 V 148 consid. 5.3.1 p. 156). Il résulte ainsi de l'art. 19 al. 1 LAA que lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI (ATF 134 V 109 consid. 4.1 p. 114 et les références citées; arrêt 8C_443/2016 du 11 août 2016 consid. 2.2).

8.2 Se fondant sur la délégation de compétence de l'art. 19 al. 3 LAA, le Conseil fédéral a adopté l'art. 30 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202) qui règle la question des rentes transitoires. En édictant l'art. 19 al. 3 LAA, le législateur n'a pas voulu créer un nouveau mode d'évaluation de l'invalidité. Une rente fondée sur l'art. 30 OLAA doit donc aussi être fixée d'après la méthode de comparaison des revenus. Toutefois, l'évaluation intervient dans ce cas avant l'exécution éventuelle de mesures de réadaptation. Par conséquent, seule entre en considération, à cette date, 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 139 V 514 consid. 2.3 p. 517; 116 V 246 consid. 3a p. 252).

8.3 La rente transitoire fixée en application de l'art. 30 OLAA a pour but de permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente sans attendre ce résultat. La décision portant sur l'allocation d'une rente transitoire doit mentionner qu'elle sera remplacée dès l'achèvement de la réadaptation ou s'il est renoncé à sa mise en oeuvre. Il s'agit, en effet, d'éviter de faire naître de faux espoirs quant au montant de la rente ordinaire ou "définitive" pour reprendre la terminologie de l'art. 30 OLAA (ATF 139 V 514 consid. 2 p. 516 s. et les références).

9. **9.1** La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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

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

9.3 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu,

sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

10. **10.1** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa).

11. **11.1** Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où

la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

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

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

12. En l'espèce, lors de l'examen final par le médecin d'arrondissement du 12 juin 2017, il a été constaté sur le plan orthopédique une évolution plutôt favorable, avec amélioration dans les mobilités de la hanche et dans la mobilité de la main gauche. Les fractures sont guéries, sans séquelle. Concernant le traumatisme crânien, la recourante présentait encore des céphalées, en voie d'amélioration ; elle ressentait des tensions et gênes au niveau de la région cervicale et de temps en temps des troubles du sommeil, traités par la phytothérapie. L'IRM normale effectuée au mois de février 2017 a confirmé la récupération complète des capacités cérébrales. Pour le Dr F_____, en l'absence de séquelle objective, la reprise de l'activité professionnelle était tout à fait possible, dès le jour de l'examen à 50% et à 100% dès le 15 juillet 2017.

12.1 Le Dr B_____ persistant à considérer que la capacité de travail ne dépassait pas 50% en raison d'un syndrome post-traumatique, l'intimée a mis en œuvre une expertise multidisciplinaire comportant un volet neurologique, neuropsychologique et psychiatrique.

12.2 Un examen neuropsychologique d'une durée de 3 h 30 a été effectué le 14 février 2019 par Madame G_____. Dans son rapport du 4 mars 2019, la neuropsychologue indique que l'examen a mis en évidence un discret ralentissement des temps de réaction et un discret fléchissement irrégulier de la mémoire de travail, de nombreuse plaintes de fatigue, une irritabilité au bruit, une préservation de l'attention divisée, de l'attention sélective et de l'attention

soutenue, une préservation des fonctions exécutives, une préservation de la mémoire épisodique verbale et visuospatiale et une absence de trouble instrumental. Le tableau neuropsychologique est cohérent et compatible avec les séquelles d'un TCC léger avec une hémorragie sous-arachnoïdienne résorbée, sans lésions axonales diffuses. La situation est stabilisée. En s'appuyant sur les critères ASNP (Association suisse de neuropsychologie) permettant de définir le degré de gravité d'un trouble neuropsychologique et ses répercussions sur la capacité de travail, la neuropsychologue indique que l'on se situe au niveau de troubles minimes à légers et considère que le retour à l'emploi antérieur est exigible avec une capacité de travail réduite entre 10 et 20% selon la complexité des tâches. Après discussion consensuelle avec l'expert neurologue, en tenant compte également de la fatigue subjective relevée, elle retient une perte de rendement de 20% dans l'activité d'architecte et dans toute activité.

12.3 Le Dr H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise le 12 mars 2019. Il a diagnostiqué une anorexie mentale, présente depuis l'adolescence, sans aucun lien de causalité naturelle avec l'accident. Il a exclu le diagnostic d'état de stress post-traumatique, l'assurée n'ayant aucun souvenir de l'accident et ne présentant pas de flash-back, ni de cauchemars, de conduites d'évitements ou de phénomènes dissociatifs. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail est pleine et entière.

12.4 Le Docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, a examiné la recourante le 14 février 2019. Dans son rapport du 11 mars 2019, l'expert a diagnostiqué un status après traumatisme cranio-cérébral. Sur l'IRM pratiquée le 14 février 2019, il est constaté l'absence de stigmates de saignement, mais des séquelles de contusion temporale droite. Les plaintes actuelles sont relativement peu spécifiques. Le status neurologique complet et détaillé se révèle normal, il n'y a pas de troubles comportementaux évidents, de latéralisation. L'atteinte à la santé est avérée, tant sur le plan neuroradiologique que neuropsychologique, et encore en rapport avec l'accident, selon le degré de degré de vraisemblance prépondérante. Il s'agit toutefois d'une atteinte très peu sévère et qui ne permet pas de justifier une incapacité de travail de 50% telle qu'attestée par le neurologue traitant ; en effet, en s'appuyant sur les critères de l'ASN, il s'agit de troubles minimes à légers. En conférence de consensus, les experts ont retenu une capacité de travail de 100% dans toute activité, avec une perte de rendement de 20%.

12.5 La chambre de céans constate que les experts ont procédé à l'examen de la recourante, qu'ils ont pris connaissance de l'intégralité du dossier, notamment radiologique, que les rapports des experts comportent une anamnèse détaillée, une description des plaintes de la recourante, que l'expert neurologue a fait pratiquer une nouvelle IRM et qu'un examen neuropsychologique complet a été effectué. Les experts ont analysé tous les documents médicaux, qu'ils ont discuté et apprécié le cas de manière consensuelle ; leurs conclusions sont motivées, claires

et convaincantes. L'expertise remplit tous les réquisits pour se voir reconnaître a priori pleine valeur probante.

13. La recourante conteste cependant les conclusions du rapport d'expertise, en se référant aux rapports du Dr B_____, neurologue traitant, qui persiste à considérer que la capacité de travail ne dépasse pas 50%. Il soutient que l'examen neuropsychologique du 14 février 2019 a confirmé les altérations cognitives et que l'on ne peut qualifier de léger un traumatisme crânien cérébral qui laisse des séquelles sur une imagerie cérébrale.

Or, d'une part, les experts ont clairement expliqué pour quelles raisons les séquelles du TCC, qualifiées de minimes à légères, ne justifient pas une telle incapacité de travail. D'autre part, la chambre de céans constate que le Dr B_____ ne discute pas le résultat de l'examen neuropsychologique effectué en date des 1er et 2 février 2021, à sa demande, par Mme D_____, alors que celle-ci a conclu à un examen globalement dans la limite de la norme.

Quant à l'attestation de la Dre E_____ du 22 mars 2021, elle n'est d'aucun secours, dès lors qu'elle ne se prononce pas sur la capacité de travail et indique avoir adressé sa patiente à un neurologue. L'attestation produite en dernier lieu n'est pas davantage déterminante, dès lors que la capacité de travail déterminée par la rhumatologue se fonde sur les atteintes rhumatologiques, dont l'intimé n'a pas à répondre.

Enfin, s'agissant de l'aggravation de l'état de santé mentionnée par le Dr B_____, il semble se fonder sur les déclarations de sa patiente et non sur des documents médicaux. Quoi qu'il en soit, la chambre de céans doit se fonder sur la situation qui prévaut au moment de la décision litigieuse.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que les rapports du Dr B_____ ne permettent pas de remettre en cause les conclusions claires et convaincantes du rapport d'expertise pluridisciplinaire.

La décision de l'intimée accordant une rente d'invalidité de 20% à la recourante n'est pas critiquable.

14. La recourante conteste encore le degré de l'IPAI, considérant qu'il devrait être plus élevé, sans motiver davantage.

15. **15.1** Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Elle est également versée en cas de

maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

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

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

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut

en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

15.4 En l'espèce, l'expert C_____ s'est fondé sur les données médicales et sur la table 8 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA pour les complications psychiques des lésions cérébrales, à savoir une atteinte minime à modérée, justifiant l'octroi d'une IPAI de 10%.

Aucun document médical ne permet de remettre en cause l'appréciation du neurologue qui est conforme à la loi.

16. Mal fondé, le recours est rejeté.

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière — La présidente

Marguerite MFEGUE AYMON — Juliana BALDÉ

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