du 1er septembre 1998

dans la cause

Monsieur V. M.
représenté par Me Marco Ziegler, avocat

contre

S. ASSURANCES

A/710/1997-ASSU

EN FAIT

1. Le 9 juillet 1997, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) a admis le recours interjeté par M. V. M. contre l'arrêt du Tribunal administratif du 15 octobre 1996 (cause A/673/1996-ASSU), lequel rejetait le recours de M. M. interjeté contre la décision sur opposition de S. assurances (ci-après : S.) du 21 février 1996. Cette décision mettait fin, dès le 10 juillet 1995, aux prestations dues par S. à M. M. en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) dès le 10 juillet 1995.

   Le TFA a considéré qu'à l'examen des divers rapports médicaux en cause, il était malaisé de savoir si les affections physiques et psychiques dont souffrait le recourant se trouvaient dans une relation de cause à effet avec l'événement accidentel. Le rapport du Dr G. semblait propre à remettre en cause, d'une part, les constatations du Dr Sch., lequel déclarait expressément n'avoir eu aucun dossier radiologique à sa disposition et, d'autre part, l'expertise du Dr R., dans la mesure où elle était largement fondée sur les conclusions du Dr Sch.. Au vu de ces contradictions médicales, la cause n'était pas en état d'être jugée et elle devait être renvoyée au Tribunal administratif pour complément d'instruction, en particulier pour que les Drs Sch. et R. se déterminent sur le rapport du Dr G.. Au besoin, la cour cantonale s'adjoindrait le concours d'un spécialiste en psychiatrie.

2. Le Tribunal administratif s'est ressaisi du dossier le 22 juillet 1997.

3. M. M. travaillait en qualité de garçon d'office à l'Auberge de Coutance. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents auprès de S..

4. Le 10 janvier 1995, il a fait une chute sur son lieu de travail. Il a été retrouvé en bas d'un escalier, hagard, ayant perdu les urines et présentant une amnésie circonstancielle. Personne n'a été témoin de sa chute.

5. M. M. a été immédiatement transporté au CMCE, puis transféré le lendemain à la clinique de médecine où il a séjourné du 11 au 18 janvier 1995. Les médecins ont diagnostiqué un malaise d'origine indéterminée avec chute et traumatisme crânien. Le patient se plaignait de douleurs lombaires et de maux de tête. Dans leur rapport de sortie du 25 janvier 1995, les médecins ont noté que le lendemain de

son hospitalisation, le patient avait présenté une désorientation spatio-temporelle qui n'avait duré qu'une journée. Les examens pratiqués, y compris les radiographies de la colonne cervicale, dorsale et lombaire, ainsi que du bassin s'étaient révélés normaux. Il leur était impossible de préciser s'il y avait eu malaise avec perte de connaissance avant la chute ou chute accidentelle avec traumatisme crânio-cérébral consécutif. Durant la fin de son séjour, le patient s'était plaint d'une diminution de la force des membres supérieurs que les praticiens proposaient de réévaluer ultérieurement. De plus, ce patient présentait vraisemblablement un état dépressif difficile à évaluer vu la barrière linguistique.

6. A sa sortie de l'Hôpital, M. M. a été suivi par le Dr K., spécialiste en médecine interne et rhumatologie, ainsi que par le Dresse C.-P., psychiatre.

7. S. a pris le cas en charge.

8. A la requête du Dr K., le Dr B., spécialiste en neurologie, a examiné M. M.. Aux termes de son rapport du 3 février 1995, le patient se plaignait toujours de céphalées dans la région frontale, occipitale et sur le vertex. Il souffrait de troubles du sommeil, de douleurs lombaires basses, de faiblesses, d'essoufflement, de transpiration. Toutes ces plaintes paraissaient stationnaires depuis la sortie de l'hôpital. Le diagnostic posé était donc "status après TCC, avec commotion cérébrale assez importante, consécutive à une chute d'origine indéterminée, traumatisme cervical indirect et contusion lombaire". Pour ce spécialiste, les plaintes actuelles s'expliquaient pas un syndrome subjectif post-commotionnel et par les contusions lombaires et éventuellement cervicales. Aucune pathologie neurologique n'avait été mise en évidence pouvant expliquer la faiblesse musculaire. Le Dr B. se demandait si ces plaintes ne faisaient pas partie du syndrome subjectif post-traumatique. Il suggérait une médication anti-dépressive.

9. Le 16 mars 1995, le Dr K. a écrit au médecin-conseil de S. que, malgré le traitement mis en place par lui-même et par la Dresse C.-P., aucune amélioration de l'état de santé ne s'était manifestée. Le patient se plaignait de fortes céphalées, bourdonnements d'oreilles, crises vertigineuses par intermittence, cervico-dorsalgies, lombalgies, fatigue inhabituelle, diminution de force dans les membres, insomnie, essoufflement, transpiration, sensation de tête brouillée. Il se sentait aussi très démoralisé.

10. Le 4 avril 1995, le Dr K. a attesté qu'il n'y avait pas de changements notables. Les troubles psychiques étaient très importants. Selon la Dresse C.-P., le tableau clinique correspondait à celui de stress post-traumatique.

11. S. a demandé au Dr Sch. d'examiner M. M.. Dans son rapport du 12 mai 1995, ce médecin relève qu'il a procédé à l'audition du patient par l'intermédiaire d'un interprète.

Il ne disposait pas de dossier radiologique, hormis des radiographies de la colonne cervicales du 21 mars 1995 amenées par le patient et qui attestaient que celui-ci ne présentait pas de lésion traumatique osseuse. Aucune pathologie n'avait pu être mise en évidence, en particulier une épilepsie, mais toute lésion traumatique osseuse ou cérébrale était exclue, selon l'examen complémentaire. Le bilan neurologique était normal, mais l'évolution était franchement défavorable et l'assuré semblait présenter un syndrome subjectif post-commotionnel associé à un tableau de polyinsertionite et de douleurs myofaciales diffuses de la colonne vertébrale et de la ceinture scapulo-humérale. Ces troubles étaient associés à un syndrome dépressif et à des problèmes psychiques majeurs. Il pouvait s'agir d'une décompensation chez un patient mal adapté.

Une sinistrose avec aggravation - voire simulation n'était pas exclue. Il avait en effet pu observer par hasard le patient deux heures plus tard traversant le quai du Mont-blanc "marchant en ville d'une manière aisée et décontractée", différant sensiblement de ce qu'il avait pu observer dans son cabinet. Il avait donné un coup de klaxon ce qui avait provoqué "une rotation rapide de la tête de la gauche", ce que le patient ne semblait pas pouvoir faire dans le cabinet. Le traitement psychiatrique devait être poursuivi. Il en était de même du traitement de soutien et d'antalgiques. Au niveau de la colonne cervicale, il existait des lésions dégénératives assez importantes préexistantes qui pouvaient être à l'origine d'un syndrome cervical douloureux résiduel. Après six mois, il était admis que le statu quo sine était retrouvé dans de tels cas. Les troubles psychiques n'étaient probablement pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. Une expertise psychiatrique devait être ordonnée.

12. Le 28 mai 1995, M. M. a fait une nouvelle chute dans sa salle de bain avec possible perte de connaissance de quelques secondes. Sitôt après, il s'est emparé d'un couteau et s'est blessé au bras droit. C'est dans ce contexte que le Dresse C.-P. a demandé son hospitalisation pour investigation

et prise en charge.

13. M. M. a été hospitalisé du 30 mai au 23 juin 1995 à la clinique de médecine II. Le 27 juin 1995, les Drs B. et J. ont noté que le patient était hospitalisé en raison de cervicalgies et de céphalées persistantes. Ils posaient le diagnostic d'une probable rupture du ligament alaire, sans pouvoir confirmer ce diagnostic par une IRM cervicale, deux tentatives s'étant soldées par un échec en raison de la non collaboration du patient pendant l'examen. Les rhumatologues pensaient que ce diagnostic pouvait être retenu, lequel expliquait en partie la symptomatologie présentée par le patient. Dans le rapport de sortie, les médecins ont en outre noté que les rhumatologues proposaient un traitement à base de myorelaxants, associé au port d'une minerve. Un essai de traitement par médecine manuelle devait être effectué. Le patient devait être présenté à un neurochirurgien ou à un orthopédiste.

Enfin, M. M. présentait un état dépressif majeur, réactionnel à son problème de santé, et contribuant probablement à aggraver la symptomatologie douloureuse. Une prise en charge psychiatrique avait été effectuée pendant le séjour et le traitement antidépresseur devait être maintenu. Les médecins notaient encore que durant l'hospitalisation, M. M. avait fait une chute le 11 juin dans des circonstances indéterminées, avec possible brève perte de connaissance suivie d'un état confusionnel de quelques minutes. Un examen neurologique et un électrocardiogramme n'avaient pas permis de déterminer l'origine de ce malaise. Interpellé par S. le 18 juillet 1995, le Dr K. a indiqué que les médecins de l'hôpital avaient, à la sortie de M. M. le 23 juin 1995, établi un certificat médical d'incapacité de travail précisant qu'il s'agissait d'un cas d'accident.

14. Le 23 juin 1995, un Cat-scan cervical a été effectué à l'hôpital, lequel a révélé une dislocation du C1 sur C2, avec une rotation anti-horaire.

15. Le 2 août 1995, S. a confié une expertise psychiatrique au Dr R..

16. A la demande du Dr K., le Dr G., spécialiste en neurochirurgie, a examiné M. M. le 31 août 1995. Pour lui, il s'agissait probablement d'une lésion ligamentaire complexe avec participation au moins du ligament alaire gauche. L'intérêt de la résonance magnétique, sur laquelle les médecins de l'hôpital semblaient beaucoup insister et qui avait échoué à deux reprises en raison de la claustrophobie

du patient, était plutôt académique. Cet examen pourrait éventuellement montrer une déchirure du ligament alaire mais cela ne changeait rien du point de vue pratique. Il fallait que le patient soit présenté rapidement au service de neurochirurgie pour discuter de l'éventualité d'une spondylodèse C1-C2. Jusqu'à preuve du contraire, il s'agissait toujours d'un accident et des suites d'un accident.

17. Selon les constatations du 28 septembre 1995 effectuées par le Dr R., chef de service adjoint de la clinique de neurochirurgie, les conclusions du Dr G. étaient pertinentes, à savoir qu'il existait une probable luxation rotatoire C1-C2 après le traumatisme survenu dans un escalier le 10 janvier 1995. Le Dr R. était plus réticent quant à une spondylodèse, des mesures conservatrices étant préférables.

18. Le 14 décembre 1995, le Dr R. a rendu son rapport d'expertise. M. M. ne semblait pas réellement déprimé. L'expert était frappé par le côté démonstratif et l'évolution sinistrosique présentée. Même si la rupture du ligament alaire était avérée, elle n'expliquait pas l'ensemble des symptômes (douleurs thoraciques et lombaires, troubles du sommeil, état dépressif prétendu). L'état dépressif était par ailleurs difficilement explicable comme suite d'une simple chute dans les escaliers. Dans ce cas, on pouvait parler de sinistrose compensée, ce qui était un diagnostic proche de la simulation. La symptomatologie ne pouvait pas être mise en relation avec l'accident, mais devait être prise en charge par l'assurance-maladie.

19. Le 12 février 1996, la Dresse C.-P. a rendu un rapport médical.

Elle suivait M. M. depuis février 1995 en raison d'un état dépressif réactionnel important dans le cadre d'un traumatisme crânio-cérébral avec commotion cérébrale, traumatisme cervical indirect, probable rupture du ligament alaire et contusion lombaire. Le lien entre l'état dépressif et l'accident avait été confirmé au cours de l'hospitalisation du patient le 30 mai 1995 (état dépressif majeur réactionnel). Elle contestait les conclusions du Dr R.. Les douleurs dans la région cervicale, la tête et la région lombaire, la diminution du fonctionnement physique et psychique du patient et la peur de devenir invalide étaient des causes évidentes de son état dépressif. Avant l'accident, M. M. jouissait d'un bon état de santé qui lui permettait de travailler jusqu'à douze heures par jour. Les perturbations dans son état de santé physique et psychiques dues à

l'accident le rendait incapable de travailler à 100%.

20. Le 15 février 1996, M. M. a écrit à S. qu'il sollicitait une expertise psychiatrique neutre, celle du Dr R. ne l'étant pas, car cet expert s'était laissé influencer par les conclusions du Dr Sch. le présentant comme un simulateur.

21. Le 24 septembre 1996, à la demande de S., le Dr G. a examiné l'assuré et rendu un rapport médical.

Lors de la première expertise du 31 août 1995, il n'avait pas eu connaissance du rapport du Dr Sch. du 12 mai 1995. Le patient présentait un syndrome cervico-céphalique chronique invalidant. L'intensité et l'importance de la gêne semblaient avoir légèrement augmenté par rapport au dernier examen du 1er septembre 1995. La dégradation psychologique du patient avait progressé. L'examen clé était le Cat-scan cervical du 23 juin 1995 qui montrait une dislocation (ou subluxation rotatoire) de C1 sur C2, avec une rotation anti-horaire fixée d'exactement 15° de l'atlas sur l'axis. La démonstration de cette pathologie était absolument magistrale et pourrait figurer dans un manuel de radiologie. La proposition du radiologue d'effectuer une IRM était académique, car les conséquences de la rupture du ligament étaient nettement mieux visualisées par le Cat-scan que par l'IRM. Cette pathologie était avec certitude d'origine traumatique, ce d'autant plus qu'il n'y avait aucun antécédent cervical et qu'elle pouvait parfaitement expliquer les symptômes physiques du patient. Il s'agissait d'une affection relativement rare, difficile à diagnostiquer, et de surcroît ingrate à traiter. Il était concevable que les premiers médecins n'aient pas pu faire immédiatement le diagnostic. Se superposait à cette pathologie l'évolution défavorable sur le plan psychiatrique. Les ingrédients d'une évolution de ce type étaient réunis (travailleur non qualifié originaire de l'ancienne Yougoslavie, victime d'un traumatisme peu clair, mal intégré, isolé socialement, parlant mal le français, accusé à plusieurs reprises de simulation). Cette évolution n'avait donc rien d'étonnant. La seule mesure pouvant procurer un élément positif était l'octroi d'une rente AI à 100%. Concernant la simulation, le patient avait toujours nié avoir passé par le quai du Mont-Blanc le jour de son examen chez le Dr Sch. en mai 1995, ce qui avait été attesté par l'interprète qui l'avait raccompagné directement. Une nouvelle expertise psychiatrique devait évaluer l'importance de la surcharge psychiatrique dans le handicap actuel. La pathologie rachidienne post-traumatique suffisait amplement à elle seule à motiver une incapacité totale et définitive

de 100%. Le tableau décrit par le patient était cohérent et correspondait aux lésions constatées radiologiquement.

22. Le 8 septembre 1997, à la demande du Tribunal administratif le Dr R. s'est prononcé sur le rapport du Dr G..

La rupture du ligament alaire avancée par le Dr G. n'avait pas pu être confirmée à l'IRM. Le patient était peu engageant et fixé sur son problème, ce qui enlevait beaucoup à l'appréciation objective de son affection. Le problème essentiel était qu'il était difficile de démontrer avec certitude la relation entre cette rupture et l'accident. La chute avait été relativement banale et ce n'était pas parce que deux événements se suivaient qu'ils étaient liés. Aucune littérature médicale ne mettait en relation une quelconque symptomatologie avec cette rupture. Le neurochirurgien ne pouvait qu'affirmer sans preuves. M. M. n'était sûrement pas devenu dépressif parce qu'on l'avait accusé de simulation, mais il l'était dès sa sortie d'hôpital. Les facteurs cités par le Dr G. n'étaient d'ailleurs pas liés à l'accident mais étaient préexistants. La littérature récente sur certaines distorsions cervicales après coup du lapin démontrait que la symptomatologie n'était pas tellement en relation avec l'accident, mais que l'évolution était surtout fonction de la présence d'une assurance sociale et de l'histoire familiale de l'accidenté. La prétendue rupture du ligament alaire n'expliquait pas l'ensemble des symptômes et l'état dépressif était difficilement explicable comme suite d'une simple chute dans des escaliers. Dans ce cas l'on pouvait parler de sinistrose compensée, ce qui était proche de la simulation.

Il avait été relevé, lors du congrès annuel en août 1997 de la société suisse des céphalées, qu'après coup du lapin avec rupture du ligament alaire, les mouvements de flexion et extension étaient difficiles et douloureux alors que les mouvements de rotation n'étaient pas ou peu atteints. Quant ceux-ci l'étaient, l'origine devait être vue dans une problématique de tension musculaire de cause psychique. En l'espèce les troubles étaient exactement contraires à ce à quoi l'on s'attendait. Le blocage était donc d'abord un phénomène antalgique d'origine musculaire. Enfin, le congrès avait aussi souligné que beaucoup de spécialistes refusaient de prendre en charge les patients qui étaient déjà engagés dans une procédure judiciaire, car la possibilité de les aider sur le plan médical était devenue quasiment nulle.

23. Le 16 septembre 1997, à la demande du Tribunal admi-

nistratif, le Dr Sch. s'est prononcé sur le rapport du Dr G..

Le diagnostic de probable rupture du ligament alaire gauche n'avait été posé que six mois après l'accident en raison de la personnalité tout à fait pathologique sur le plan psychique de M. M. (non collaborant, dépressif). Il était difficile de confirmer ou d'infirmer le diagnostic du Dr G.. Les images du Cat-scan, vraisemblablement statiques, donnaient en effet des signes indirects d'une distension, d'une rupture ou d'une hyperlaxité des ligaments alaires gauches. Ce diagnostic n'expliquait cependant pas toutes les plaintes du patient. Les déchirures complètes ou partielles des ligaments alaires, odonto-occipital ou/et atlo-axoïdien constituaient des entorses bénignes ou malignes qui pouvaient se manifester, les premières par de simples dysfonctions douloureuses, les suivantes par une instabilité cervicale. La symptomatologie qui y était rattachée n'était pas spécifique. Elle pouvait entraîner un état dépressif réactionnel transitoire survenant de façon occasionnelle en fonction de fatigue, surmenage, choc émotionnel ou tout simplement sans raison.

La lésion des ligaments transverses et alaires était difficile à démontrer in vivo. Une incontinence mesurée n'impliquait pas forcément une symptomatologie morbide parallèle. De plus, la déchirure du ligament alaire survenait dans la majorité des cas à la suite d'un choc d'intensité majeure et s'accompagnait presque toujours de modifications radiologiques manifestes. La symptomatologie d'une instabilité cervico-occipitale variait d'une personne à l'autre; le diagnostic était difficile. Chez M. M. dont les douleurs semblaient apparaître à toute tentative de mobiliser sa nuque activement ou passivement, le diagnostic d'instabilité vertébrale devait être évoqué. Toutefois, le médecin concluait qu'il avait pu observer le patient à son insu et qu'il existait une discordance entre les plaintes et les constatations objectives.

24. Le 16 février 1998, le Dr Taban, psychiatre, a rendu une expertise psychiatrique à la demande de l'AI.

L'examen chez le Dr R. avait été mené avec un interprète albanais, nationalité qui ne s'entendait pas avec les Macédoniens. Il se pouvait donc, comme le prétendait actuellement le patient, que la traduction n'ait pas été correcte.

La rupture traumatique du ligament alaire gauche paraissait évidente au Dr G.. Les troubles cliniques dont se

plaignait M. M. et provenant de cette atteinte venaient certainement assombrir le pronostic. Selon la Dresse C. P., le comportement de M. M. lui paraissait incompatible avec une activité lucrative et il devait continuer à recevoir des soins psychiatriques. Les troubles dépressifs ne paraissaient être survenus que par la suite, après les troubles mnésiques et les algies. Un repos complet après l'accident de trois à quatre semaines aurait probablement permis des suites plus simples.

Le Dr R. ne discutait pas les effets possibles et bien connus dans les suites de commotion cérébrale : céphalées, troubles comportementaux, etc. Or, le TCC et la perte de connaissance paraissaient bien établis. L'accident avait très probablement décompensé les facultés d'adaptation du patient et était à l'origine des changements de comportement. Contrairement aux allégations du Dr R., les symptômes de M. M. pouvaient parfaitement être la conséquence du TCC puisque les céphalées durables et les troubles du comportement n'avaient rien d'exceptionnel après les TCC, même en l'absence de lésions cérébrales objectivées par les moyens actuellement à disposition. A l'opposé, il n'était pas possible d'objectiver de manière absolue que des éléments de type névrotique n'existaient pas du tout.

L'incapacité totale actuelle serait de longue durée. M. M. avait besoin de soins psychiatriques dans le long terme. On ne pouvait dire si ces soins lui permettraient de recouvrer une capacité de travail.

25. Le 15 octobre 1997, M. M. a déposé des observations.

Le Dr Sch. était prêt à se rallier à l'appréciation du Dr G., mais mettait en doute le fait que la rupture du ligament alaire impliquerait la symptomatologie morbide. Il invoquait la simulation en se basant uniquement sur le fait qu'il l'aurait vu marcher dans la rue. Or, il devait s'agir d'une autre personne, car lui-même avait été raccompagné à son domicile directement après l'examen médical. Quant au Dr R., il ne fournissait aucun élément objectif de discussion relevant de sa spécialisation médicale. Il cherchait uniquement à nier le bien-fondé des conclusions du Dr G., au motif qu'il y avait simulation. Il se fondait sur l'a priori que la mauvaise évolution psychiatrique de certaines distorsions cervicales serait surtout fonction de l'histoire familiale de l'accidenté et de l'existence d'une assurance sociale. Ce rapport n'était pas objectif et devait être écarté.

26. Les 24 octobre 1997 et 31 mars 1998, S. a déposé des observations.

Le rapport du Dr R. était éloquent. La banalité de l'accident devait suffire à exclure une prise en charge des troubles psychiques. Selon le Dr Sch., un lien de causalité n'était pas vraisemblable, ce d'autant que le patient, observé à son insu, présentait une attitude ne correspondant pas aux plaintes formulées.

Le Dr T. ne faisait que confirmer les antécédents du patient, soit l'existence de troubles psychiques préexistants et n'infirmait pas les conclusions des Drs R. et Sch.. On ne pouvait tenir compte d'éventuels règlements de comptes entre le traducteur albanais et l'assuré macédonien, car il s'agissait de spéculation. Le Dr T. n'affirmait pas avec un degré de vraisemblance suffisante que l'état psychique de l'assuré était dû à l'accident. Celui-ci avait juste décompensé les facultés d'adaptation de l'assuré.

EN DROIT

1. L'incapacité de travailler du recourant à 100% est avérée. Il convient de déterminer les causes de cette incapacité et d'examiner si celles-ci sont dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. A cette fin, les différents rapports médicaux doivent être préalablement comparés.

2. Il est admis que le recourant souffre postérieurement à l'accident, d'une part, de fortes céphalées, diminution de force dans les membres supérieurs, bourdonnements d'oreilles, crises vertigineuses par intermittence, cervico-dorsalgies, lombalgies, fatigue inhabituelle, perte de mémoire, insomnie, essoufflement, transpiration, sensation de tête brouillée et troubles de l'équilibre (rapports des Drs B. du 3 février 1995, K. du 16 mars 1995, B. et J. du 27 juin 1995 et C.-P. du 12 février 1996) et, d'autre part, d'un état dépressif (rapports de tous les médecins consultés).

3. a. Selon le Dr G., le recourant a été victime d'une rupture du ligament alaire gauche, avec subluxation rotatoire C1/C2 entraînant un syndrome cervical massif avec douleurs dans la région cervicale haute et une évolution défavorable sur le plan psychiatrique. A son avis, la pathologie rachidienne post-traumatique à elle seule suffit amplement à motiver une incapacité totale et définitive de 100%.

b. Le diagnostic du Dr G., posé la première fois le 31 août 1995, a été confirmé par le Dr R. le 28 septembre 1997. Les rhumatologues de l'hôpital cantonal ont également retenu le diagnostic de rupture du ligament alaire et affirmé qu'il expliquait en partie la symptomatologie du patient (rapport du 27 juin 1995 des Drs B. et J.). Le Dr T. a également confirmé que les symptômes du recourant pouvaient parfaitement être la conséquence du traumatisme crânio-cérébral (rapport du 16 février 1998).

c. S'agissant du Dr Sch., il confirme que les images du Cat-scan révèlent des signes indirects d'une distension, d'une rupture ou d'une hyperlaxité des ligaments alaires gauches. Son appréciation, bien que plus nuancée s'agissant du diagnostic de rupture du ligament alaire qu'il déclare ne pas pouvoir infirmer ou confirmer, ne remet pas valablement en cause l'appréciation du Dr G.. Le rapport du Dr Sch. diverge toutefois de celui du Dr G. lorsqu'il affirme qu'il existerait une discordance entre les plaintes du patient et les constatations objectives. Le premier médecin fonde son appréciation sur le fait qu'il aurait pu observer le patient à son insu, traversant le quai du Mont-Blanc. A cet égard, le recourant a toujours contesté s'être trouvé à cet endroit à l'heure et au jour dits par le médecin. Il aurait été raccompagné directement chez lui par l'interprète. Il n'y a pas lieu de tenir compte des allégations du Dr Sch., car ces faits, mêmes avérés, ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations médicales effectuées avec soin dans un cabinet médical par plusieurs médecins.

d. Quant au Dr R., il est le seul à nier l'existence de la rupture du ligament alaire, au motif que celle-ci doit être attestée par une IRM. Or, l'on constate que le Dr G. a expliqué de façon convaincante et non contestée par le Dr R. que l'IRM était, dans ce cas, académique, car les altérations topographiques, conséquence d'une rupture du ligament, étaient nettement mieux visualisées par le Cat-scan que par l'IRM, du fait de la meilleure définition osseuse. Le Dr R. se borne ensuite à citer de la littérature médicale reconnaissant qu'une telle symptomatologie est fonction de la présence d'une assurance sociale et de l'histoire familiale de l'accidenté, sans expliquer en quoi elle s'appliquerait au cas d'espèce. Il mentionne ensuite que le blocage est probablement d'abord un phénomène antalgique d'origine musculaire, en se basant à nouveau sur une théorie médicale, mais sans remettre toutefois valablement en cause les constatations du Dr G.. Enfin, le Dr R. insiste sur l'existence d'une simulation et insinue, sans en tirer des

conséquences claires pour le recourant, que l'existence d'une procédure judiciaire empêcherait un assuré d'améliorer médicalement son état. L'on constate ainsi que ces allégations, très générales et peu claires, ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations bien étayées du Dr G., lequel est par ailleurs un spécialiste en neurologie, ce qui n'est pas le cas du Dr R.. Au demeurant, le Dr T., lui-même psychiatre, conteste les conclusions du Dr R. en affirmant que les symptômes du patient peuvent parfaitement être la conséquence du traumatisme crânio-cérébral. Dans ces conditions, les appréciations du Dr R. seront écartées.

4. a. En conséquence, en se fondant sur les constatations des Drs G., R., B., K., C.-P. et T., l'on peut admettre que le recourant a subi de façon certaine un syndrome après traumatisme crânio-cérébral, avec commotion cérébrale, luxation rotatoire C1/C2 et, avec une vraisemblance prépondérante, une rupture du ligament alaire gauche, de nature à entraîner des symptômes tels que céphalées, vertiges, acouphènes, nausées, fatigue, perte de mémoire, perte de force, essoufflement, transpiration, sensation de tête brouillée et troubles de l'équilibre. Enfin, tous les médecins ont constaté que l'état dépressif était apparu après l'accident.

b. Ce diagnostic permet d'affirmer que le recourant a été victime d'un traumatisme de type "coup du lapin". Les troubles dont s'est plaint le recourant immédiatement après l'accident correspondent d'ailleurs au tableau clinique des troubles propres aux accidents de type "coup du lapin" (ATF 117 V 359).

5. a. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que tous les troubles somatiques et psychiques dont souffre le recourant sont en lien de causalité naturelle avec l'accident.

b. S'agissant de la causalité adéquate, elle doit en tous les cas être admise pour les troubles somatiques. Quant à l'état dépressif du recourant, il conviendrait en principe de faire application de la jurisprudence du TFA posant les conditions auxquelles un lien de causalité adéquate est donné entre des troubles psychiques et un accident (ATF 120 V 355 ainsi que, s'agissant d'un traumatisme cervical du type "coup du lapin": RAMA 1998 p. 243). Cependant, cette question peut rester ouverte car le Dr G. a clairement affirmé, sans être remis valablement et sérieusement en cause par les Drs R. et Sch., que seule la pathologie rachidienne post-traumatique – dont l'existence est maintenant avérée et dont les symptômes sont en relation de causalité naturelle

et adéquate avec l'accident - suffisait à motiver une incapacité de travail définitive de 100%.

c. En conséquence, le recourant étant totalement incapable de travailler en raison des troubles somatiques découlant directement du traumatisme de type "coup de lapin" subi le 10 janvier 1995, S. ne pouvait cesser le versement de toute prestation au 10 juillet 1995. L'état du recourant étant déjà stabilisé à cette dernière date, l'intéressé a droit à une rente d'invalidité, calculée sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, dès le 11 juillet 1995.

6. a. Si par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI - art. 24 al. 1 LAA).

Dans une jurisprudence récente, le TFA a également admis que des troubles psychiques peuvent, à certaines conditions, donner droit à une IPAI (résumé in SJ 1998, p. 429). L'atteinte à l'intégrité psychique doit avoir un caractère durable. Il est objectivement justifié de prendre en considération l'événement accidentel lui-même lorsqu'il s'agit d'examiner le caractère durable d'une affection psychique d'origine accidentelle et de se fonder sur la pratique applicable à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 ss, 403 ss). Conformément à cette jurisprudence et à la doctrine psychiatrique majoritaire (selon laquelle seuls des événements accidentels d'une gravité exceptionnelle entraînent des atteintes à l'intégrité durables), le droit à une IPAI doit être en principe nié en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, même si l'existence d'un lien de causalité adéquate est exceptionnellement admise. En cas d'accident de gravité moyenne également, le caractère durable de l'atteinte doit, en règle générale, être nié sans qu'il soit nécessaire de mettre en oeuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber. On doit voir de tels indices dans les circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident et qui servent de critères lors de l'examen de la causalité adéquate (ATF 115 V 140 consid. 6c, 409 consid. 5c), pour autant qu'ils revêtent une importance et une intensité

particulières et qu'en tant que facteurs stressants, ils ont, de manière évidente, favorisé l'installation de troubles durables pour toute la vie. Enfin, en cas d'accidents graves, le caractère durable de l'atteinte à la santé psychique doit toujours être examiné, au besoin par la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique, pour autant qu'il n'apparaisse pas déjà évident au vu des éléments ressortant du dossier (ATF M. du 3 avril 1998).

b. En l'espèce, l'accident doit être qualifié de moyen, sans être à la limite d'un accident grave. Aussi, au vu de la jurisprudence précitée, les troubles psychiques ne peuvent-ils donner droit à une IPAI, sans qu'il soit nécessaire de déterminer si ceux-ci sont en relation de causalité adéquate avec l'accident (question laissée ouverte au consid. 5 b supra). En conséquence, la cause sera renvoyée à S. afin qu'elle fixe le degré de l'IPAI due au recourant en raison des troubles physiques que celui-ci subit, à l'exclusion de tous troubles psychiques.

7. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition de S. du 21 février 1996 annulée. La cause sera renvoyée à S. afin qu'elle calcule le montant de la rente d'invalidité due au recourant dès le 11 juillet 1995, ainsi que celui de l'IPAI, dans le sens des considérants.

8. Vu la nature du litige, aucun émolument ne sera perçu (art. 89 G LPA) et une indemnité de CHF 2'500.- sera allouée au recourant à charge de S.; cette indemnité tient compte des écritures du recourant, déposées dans le cadre de la procédure A/673/1996-ASSU.

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif :

admet le recours de M. V. M. interjeté le 21 mai 1996 contre la décision de S. assurances du 21 février 1996;

annule la décision sur opposition de S. assurances du 21 février 1996;

dit que M. M. a droit à une rente d'invalidité au taux de 100% dès le 11 juillet 1995;

renvoie la cause à S. assurances pour qu'elle rende une nouvelle décision dans le sens des

considérants;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument;

alloue une indemnité de CHF 2'500.- au recourant, à charge de l'intimée;

dit que, conformément aux articles 97 et suivants de la loi fédérale d'organisation judiciaire, le présent arrêt peut être porté, par voie de recours de droit administratif, dans les trente jours dès sa notification, auprès du Tribunal fédéral des assurances. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral des assurances, Adligenswilerstrasse 24, 6000 Lucerne;

communique le présent arrêt à Me Marco Ziegler, avocat du recourant, ainsi qu'à S. Assurances et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Siégeants : M. Schucani, président, M. Thélin, Mmes Bonnefemme-Hurni, Bovy, M. Paychère, juges.

Au nom du Tribunal administratif :

la greffière-juriste : le vice-président :

V. Montani Ph. Thélin

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le p.o. la greffière :

Mme J. Rossier-Ischi