

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1899/2007

ATAS/274/2008

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**  
**DU TRIBUNAL CANTONAL DES**  
**ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 14 mars 2008**

En la cause

Monsieur E\_\_\_\_\_, domicilié à BERNEX, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître PAYOT ZEN-  
RUFFINEN Francine

recourant

contre

WINTERTHUR ASSURANCES, Direction Suisse Romande, sise  
chemin de Primerose 11, LAUSANNE, comparant avec élection de  
domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente**

---

### **EN FAIT**

1. M. E \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré) marié le 12 octobre 2001, est le père de deux enfants, nés en 1997 et 1998.
2. En 1981, l'assuré a été victime d'un grave accident de moto ayant entraîné l'amputation de son membre supérieur droit, au niveau du bras. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) lui a reconnu un degré d'invalidité de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> août 1992. Dès 1988, il a suivi la formation en éducation spécialisée de l'Institut d'études sociales, qu'il a terminée en 1991.
3. Titulaire du diplôme de l'Institut d'études sociales en 1993, il a exercé comme éducateur à temps partiel, puis, dès le 1<sup>er</sup> janvier 1996, comme travailleur social dans le cadre du groupe Sida-Genève auprès des prostituées et toxicomanes femmes à 50 % et était assuré à ce titre auprès de la WINTERTHUR ASSURANCES (ci-après : l'assurance) contre le risque accident.
4. Le 29 avril 2000, l'assuré, alors qu'il circulait à moto, est entré en collision avec une voiture qui lui a coupé la priorité. Il a été éjecté de la moto et sa tête a heurté le trottoir.
5. L'assuré a été en incapacité de travail totale depuis le 29 avril 2000 et l'assurance a versé des indemnités journalières à l'employeur dès le 2 mai 2000.
6. Le 19 mai 2000, le Dr L \_\_\_\_\_, FMH médecine générale, a relevé dans un rapport médical initial LAA que le patient avait souffert d'un traumatisme crânien et perte de connaissance, entorse de la cheville gauche et des cervicalgies.
7. Le 1<sup>er</sup> juin 2000, le Dr L \_\_\_\_\_ a mentionné un syndrome post-commotionnel, en plus des céphalées et une "*irritabilité SNC*", une évolution lentement positive et confirmé l'incapacité de travail.
8. Le 7 juin 2000, le Dr M \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), a rempli un questionnaire complémentaire pour traumatisme cervicaux de l'assurance et mentionné une perte de connaissance sur le coup, un mécanisme par compression-angulation lors de l'accident, un diagnostic de distorsion cervicale et contusion.
9. Le 8 juin 2000, le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH neurologie, a écrit au Dr L \_\_\_\_\_ que le patient présentait depuis l'accident des troubles persistants, soit photophobie, difficulté d'accommodation, acouphènes bilatéraux sous forme de bourdonnements, sensation d'étau autour de la tête, troubles de la concentration, parfois de difficultés à trouver ses mots. L'examen neurologique était sans déficit. Il a diagnostiqué un syndrome post-traumatique.

10. Le 16 août 2000, le Dr O\_\_\_\_\_ de la polyclinique de chirurgie des HUG a certifié que l'assuré avait été examiné aux urgences le 29 avril 2000 où l'examen clinique avait permis de diagnostiquer un traumatisme crânien avec perte de connaissance, une entorse cervicale et une entorse de la cheville, sans fractures.
11. Le Dr N\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré à Mme F\_\_\_\_\_, psychologue FSP-neuropsychologue, laquelle a effectué une évaluation cognitive et neuropsychologique. Elle relève le 8 septembre 2000 que *"l'examen neuropsychologique met en évidence l'absence de dysfonctionnement spécifique de la sphère des fonctions cognitives chez un patient dont il faut toutefois noter la fatigabilité. Le patient présente par ailleurs, de manière nette, un syndrome de stress post-traumatique, comportant une composante anxio-dépressive, sans doute aggravée par les antécédents; le risque est de voir réactiver actuellement des éléments liés aux suites du premier accident. A cet égard, la reprise d'une démarche psychothérapeutique semble de première importance chez ce patient chez qui vous avez par ailleurs instauré un traitement antidépresseur"*.

Une radioscopie de la colonne cervicale du 31 août 2000 conclut à des signes d'instabilité à l'étage C4-C5 avec discret rétrolisthesis spontané.

12. Le 19 septembre 2000, le Dr N\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une affection médicale post-traumatique compromettant partiellement et de manière fluctuante ses capacités d'attention, de concentration et provoquant une fatigabilité inhabituelle.
13. Le 26 septembre 2000, le Dr L\_\_\_\_\_ relève : *"situation actuelle : tinnitus épuisant, céphalées, fatigabilité au moindre effort physique (patient sportif) ou intellectuel, difficulté de concentration, intolérance au bruit et à la lumière. Aggravation rapide lors des essais de reprise professionnelle, même progressifs"*. Le pronostic était bon vu la jeunesse du patient.
14. Le 18 décembre 2000, à la demande de l'assurance, le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a rendu un rapport médical, fondé sur le dossier, un examen du patient et des renseignements demandés aux Drs L\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_.

Les tentatives de reprise de travail avaient échoué en raison d'une exacerbation de la symptomatologie après quelques jours de travail à temps partiel.

L'assuré se plaint de céphalées, acouphènes permanents, photophobie, d'une intense fatigabilité et de l'irritabilité ainsi que de quelques douleurs à la cheville gauche. Un syndrome de stress post-traumatique paraissait évident. Plus de six mois après l'accident, il persiste un important syndrome post-commotionnel, s'exacerbant à l'effort, et n'ayant pas permis la reprise de l'activité professionnelle. Cependant, en l'absence de déficit neurologique et neuropsychologique, l'évolution devrait être favorable, surtout après traitement de l'état de stress post-traumatique et de l'état anxio-dépressif et, selon le Dr N\_\_\_\_\_, une reprise de l'activité

professionnelle, au moins à temps partiel, devrait pouvoir avoir lieu dans le courant du mois de février 2001. A long terme, sur le plan assécurologique, cet accident ne devrait pas entraîner d'invalidité ni d'atteinte à l'intégrité. Il diagnostique un traumatisme crânio-cérébral et commotion cérébrale, contusion de la colonne cervicale, entorse bénigne de la cheville gauche, syndrome post-commotionnel et stress post-traumatique.

La relation entre les plaintes du patient et l'accident était probable. Il était probable aussi que le premier accident de moto joue un rôle dans l'état de stress post-traumatique, lequel devrait s'amender à la fin de la psychothérapie. L'incapacité de travail était totale au moins jusqu'en février 2001. En l'absence de tout déficit cognitif à l'examen neuropsychologique, cet accident ne devrait entraîner, à long terme, aucune invalidité au sens de la LAA. Il en allait de même en ce qui concernait l'atteinte à l'intégrité.

15. Le 12 janvier 2001, Mme G\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute FSP, a attesté que la prolongation de son traitement était due à l'accident du 29 avril 2000.
16. Le 31 janvier 2001, le Dr Q\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré souffrait des suites d'un traumatisme crânien, avec perte de connaissance ainsi que d'une entorse cervicale. Il s'en était suivi des céphalées, des acouphènes, des pertes d'équilibre et des nausées. Un essai du traitement par acupuncture, à la demande du Dr N\_\_\_\_\_, n'avait malheureusement pas aidé le malade.
17. Le 23 mars 2001, le Dr R\_\_\_\_\_, FMH oto-rhino-laryngologie, a rendu un rapport dans lequel il estime que l'acouphène ressenti peut être lié à la perte auditive à droite, suite à un traumatisme acoustique suite à l'accident ou lié à l'entorse cervicale.
18. Le 26 juin 2001, le Dr P\_\_\_\_\_ a rendu un second rapport médical à la demande de l'assurance, fondé sur le dossier, un examen du patient et des renseignements du Dr L\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, lequel avait examiné le patient en mars 2001.

Un IRM cérébral avec angio-IRM de janvier 2001 s'était révélé normal. Le Dr R\_\_\_\_\_ avait attesté d'une perte auditive à droite pouvant expliquer l'acouphène. Malgré les traitements, il persistait toute une symptomatologie post-commotionnelle, sinophobie, fatigabilité, trouble de l'attention, de la concentration, angoisses qui avaient empêché une reprise du travail. Le patient se plaignait aussi de troubles visuels, de céphalées et de tension dans la nuque avec des douleurs irradiantes, de dépression avec idées suicidaires. La relation avec l'accident du 29 avril 2000 était certaine. Celui-ci avait entraîné un traumatisme crânio-cérébral et une entorse de la colonne cervicale. Cependant, l'évolution était fortement influencée et compliquée par un état anxio-dépressif et les séquelles psychosociales

d'un premier accident survenu il y a vingt ans ayant entraîné l'amputation du membre supérieur droit au niveau du bras et entraîné une invalidité de 50 %.

Les radiographies initiales de la colonne cervicale pratiquées aux HUG n'avaient montré aucune lésion traumatique osseuse mais, sur les radiographies fonctionnelles effectuées à la demande du Dr N\_\_\_\_\_ en août 2000, on constatait un petit rétrolisthésis de C4-C5 qui s'était péjoré légèrement en extension et se réduisait en flexion de la colonne évoquant une instabilité à ce niveau et donc compatible avec le diagnostic d'entorse cervicale.

L'état du patient était resté stationnaire malgré tous les traitements. Une démarche psychothérapeutique était indiquée et le pronostic était réservé avec risque d'invalidité. L'incapacité de travail était encore justifiée. On pouvait espérer qu'à moyen terme le patient soit capable de retrouver une activité à 50 % mais son ancienne activité de travailleur de rue était mal adaptée. En cas de persistance des cervicalgies, un taux d'atteinte à l'intégrité entre 5 et 10 % pouvait être envisagé.

19. Le 10 juillet 2001, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué dans un rapport médical AI que l'assuré se plaignait depuis l'accident de photophobie, problèmes de concentration, acouphènes, céphalées, fatigabilité, que l'examen neurologique était normal mais que l'examen neuropsychologique était perturbé. Une IRM cervicale du 9 juillet 2001 conclut à l'absence d'explication de la symptomatologie du patient.
20. Le 13 juillet 2001, Mme M. F\_\_\_\_\_ a rendu un rapport suite à un nouvel examen de l'assuré. Les plaintes de maux de tête persistaient mais les symptômes de stress post-traumatique avaient disparu. Il n'était pas exclu que le patient souffre de troubles de l'adaptation.
21. Le 20 août 2001, le Dr L\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré, qui avait cessé une psychothérapie auprès de la Dresse S\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, en juillet 2000, avait dû la reprendre en "*septembre 2000*" en raison des séquelles de l'accident.
22. L'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 31 août 2001.
23. Le 18 septembre 2001, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI.
24. Le 14 décembre 2001, la Dresse S\_\_\_\_\_ a adressé à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité un rapport médical. Elle pose les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail (selon CIM-10 et CIH-2) : syndrome douloureux chronique de la tête, du cou et de la ceinture scapulaire b280.3. Douleurs fantômes du membre supérieur droit réapparues après le deuxième accident b280.3. Atteinte des affects, émotions et humeur : b152.2 irritabilité, atteinte du sommeil b134.2; de l'attention b140.2; et de la mémoire b144.2. Atteinte

de l'audition : b230.2. Atteinte de la fonction de l'équilibre et vestibulaire : b235.3 vertiges.

Elle avait suivi l'assuré de novembre 1997 à mai 1998 et du 29 juin 2001 à ce jour. Après son accident de 1981, l'assuré avait souffert jusqu'en 2000 d'un syndrome de stress post-traumatique exceptionnellement sévère et avait tenté de régler ses problèmes d'angoisse en étant alcoolique de 1983 à 1994, avec rechute en été 1997. Il avait bénéficié d'une réadaptation de l'assurance-invalidité en terminant des études d'éducateur. Il avait été suivi par Mme G\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute FSD entre 1994 et juillet 2001. Avant son second accident, il envisageait d'augmenter son activité à 100 %. Objectivement il y avait une amélioration certaine mais nettement insuffisante de ses capacités de fonctionnement grâce à la polymédication, mais du fait de la lourdeur des traitements, apparition des effets secondaires indésirables de ces traitements : somnolence diurne excessive, sécheresse de bouche, troubles urinaires, constipation, difficultés sexuelles.

Subjectivement, l'assuré se plaignait de douleurs à la tête, du cou et de la ceinture scapulaire, partiellement contrôlées actuellement par une polymédication lourde, d'antalgiques, d'antidépresseur tricyclique et de myorelaxant. Difficultés fonctionnelles à se concentrer sur une tâche, à mémoriser, difficultés à tolérer le bruit et l'agitation autour de lui, qui déclenchent ou aggravent les maux de tête, du cou et du haut du tronc, donc irritabilité et tolérance limitée envers ses enfants, envers les gens autour de lui, avec retrait social de sa famille et de son cercle amical, impossibilité à assumer son travail d'éducateur spécialisé; réapparition des douleurs fantômes du bras amputé.

25. Par décision du 13 juin 2002, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100 % dès le 29 avril 2001. Il a relevé qu'en bonne santé, l'assuré aurait augmenté son taux d'activité à 100 %.
26. A la demande de l'assurance, les Drs T\_\_\_\_\_, neurologie FMH et U\_\_\_\_\_, psychiatrie-psychothérapie FMH, du Centre multidisciplinaire de la douleur à Genolier, ont rendu une expertise en date du 20 juin 2002.

Ces deux experts relèvent qu'il ne fait pas de doute que l'assuré a été victime lors de l'accident du 29 avril 2000 d'un traumatisme crânio-cérébral mineur avec commotion cérébrale, mais sans évidence de contusion cérébrale, d'une probable distorsion cervicale avec une possible lésion ligamentaire C4-C5 et d'une entorse de la cheville gauche. L'examen psychiatrique révèle un état subdépressif de faible importance. Dans le cours ordinaire des choses, l'accident subi le 29 avril 2000 était de nature à entraîner la plupart des plaintes exprimées actuellement encore par l'assuré, soit des céphalées, des troubles auditifs subjectifs, des troubles de la mémoire et de la concentration, une fatigue et une fatigabilité, des troubles visuels.

Si la survenue et la persistance des troubles susmentionnés n'est donc pas surprenante en tant que conséquence de l'accident du 29 avril 2000, il existe par contre une dissociation certaine, non pas tellement entre la persistance des troubles et l'accident, mais bien entre l'importance actuelle de la symptomatologie, ainsi que sa répercussion sur la capacité de travail et l'absence d'atteinte objectivement majeure somatique survenue lors de l'accident du 29 avril 2000.

L'incapacité de travail était d'origine post-traumatique du 29 avril 2000 au 29 avril 2002 et ensuite d'origine malade. Du 29 avril 2002 au 29 avril 2004, on pouvait admettre une part de facteurs post-traumatiques de 50 % et une part de facteurs malades de 50 %. Au-delà une nouvelle expertise pourrait être organisée.

Ils poursuivent : En l'état actuel des choses, il semble peu probable que l'assuré puisse reprendre son activité professionnelle préalable. Comme mentionné plus haut, cette incapacité de travail persistante ne peut être considérée comme en relation de causalité naturelle avec l'accident au-delà du 29 avril 2002. Etant donné le contexte psychologique, il est difficile de dire si une autre activité professionnelle plus adaptée à l'état psychique et mental de l'assuré sera de nature à améliorer la capacité de travail. Néanmoins, ceci devrait être tenté, vraisemblablement après un stage d'observation dans le cadre de l'assurance-invalidité afin de déterminer quel type d'activité convient au mieux à l'assuré.

Une perte à l'intégrité de 10 % était justifiée.

27. Le 2 septembre 2002, l'assurance a informé l'assuré que, suite à l'expertise du centre multidisciplinaire de la douleur, elle n'interviendrait plus dès le 1<sup>er</sup> mai 2002 mais prendrait encore à sa charge les frais médicaux jusqu'au 30 avril 2004.
28. Le 2 novembre 2002, la Dresse S\_\_\_\_\_ a mentionné qu'elle contestait les conclusions de l'expertise des Drs U\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ car l'état douloureux du patient ne pouvait s'expliquer que par la présence de lésions somatiques post-traumatiques.
29. Le 29 novembre 2002, le Dr V\_\_\_\_\_, médecine interne FMH, a émis des commentaires à la suite de l'expertise des Drs U\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_. Il était médecin traitant de l'assuré.

Les plaintes essentielles concernent des maux de tête, vertiges, acouphènes, hypersensibilité acoustique et récurrence des douleurs cervicobrachiales et dorsales. Ces anomalies, plus ou moins constantes, évoluent en intensité du simple au double, de façon peu prévisible. En d'autres termes, l'assuré peut passer d'une période où il organise de façon satisfaisante sa vie quotidienne, son travail, ses relations en famille, etc. à une autre période où le quotidien devient impossible à gérer, avec aggravation des troubles susmentionnés, réveil net des douleurs fantômes du membre amputé, cervico-dorsalgies invalidantes, tremblements diffus

avec lâchage des objets. Ces anomalies, et leur imprévisibilité, rendent plus qu'aléatoire la possibilité pour l'assuré d'avoir une activité professionnelle fixe et stable lui permettant de garantir des performances fiables et invariables. Cet élément d'incertitude et de variabilité incontrôlable des troubles que présente l'assuré est essentiel car il conditionne, et conditionnera toujours, sa vie quotidienne, sur le plan professionnel en particulier. Ce point capital de la pathologie dont souffre l'assuré n'est, lui semble-t-il, absolument pas abordé ni apprécié à sa juste valeur dans l'expertise.

Malgré une prise en charge optimale, les troubles demeuraient encore trop souvent un handicap majeur.

30. Le 9 janvier 2003, l'assuré a sollicité une contre expertise en relevant que l'aspect "coup du lapin" avait été passé sous silence.
31. Le 29 janvier 2003, le groupe Sida-Genève a attesté que l'assuré avait travaillé à 50 % du 1<sup>er</sup> janvier 1996 au 31 août 2001 et qu'il souhaitait augmenter son temps de travail, ce qui n'avait pas pu être le cas en raison de son accident.
32. Le 7 juillet 2004, le Dr. W \_\_\_\_\_, neurologue FMH, a rendu une expertise à la demande de l'assurance, fondée sur deux entretiens, un examen clinique, un électroencéphalogramme et un entretien avec la Dresse S \_\_\_\_\_.

Il pose les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral mineur et entorse cervicale survenus le 29 avril 2000 dans le cadre d'un accident de moto. Migraines post-traumatiques. Amputation du membre supérieur droit post-traumatique avec douleurs fantômes résiduelles survenues lors d'un accident en 1981.

Une partie du tableau de symptomatologie présenté par l'assuré correspond bien au tableau classique que l'on voyait dans les mêmes cas. En revanche, si le tableau était classique, son évolution ne l'était pas car, deux ans après l'accident, la symptomatologie ne devait plus être invalidante. Pour expliquer cette discordance, il fallait faire appel à d'autres facteurs, soit la migraine ophtalmique et l'histoire de la structure du sujet.

Les migraines post-traumatiques sont dues de façon certaine à l'événement du 29 avril 2000. Les plaintes du sujet telles qu'il les décrit sur un document ci-joint sont, dans leur nature, dues de façon probable à l'événement du 29 avril 2000 mais leur intensité et leurs conséquences sont dues de façon seulement possible à l'événement du 29 avril 2000. La constellation psychologique du sujet, la fragilité et les conséquences indirectes de son accident de 1981, à bien des égards non encore acceptées, ont une importance d'au moins 70 %. Un statu quo sine ou ante n'a pas encore été retrouvé. Il pourrait l'être si la composante migraineuse du tableau est traitée avec succès et si le sujet sort de sa tendance à une rationalisation intellectuelle des faits et des humeurs qui l'empêche de progresser. Actuellement,

on est obligé d'admettre que le sujet est invalide, considération prise par ses différents médecins et par l'assurance-invalidité. L'accident du 29 avril 2000 participe pour une part seulement à cet état de fait. Nous pensons que la proportion incriminée est de 30 %. Jusqu'à preuve du contraire, cette invalidité porte sur une activité à 50 % puisque l'assuré ne travaillait pas à 100 %, projet qu'il avait mais qui n'était pas réalisé. L'activité de travailleur social, par ailleurs, correspond bien à ses aptitudes intellectuelles, à sa formation et à son handicap lié à l'amputation du membre supérieur droit. Aucune réadaptation professionnelle n'est à envisager dans son cas.

Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité selon les barèmes de la SUVA.

33. Le 19 juillet 2004, le Dr X \_\_\_\_\_, médecin- conseil de l'assurance, a estimé que le pronostic de tous les experts tendait vers le retour au statu quo sine. Une divergence subsistait pour le rôle de l'accident du 29 avril 2000 dans l'incapacité de travail. A son avis, l'expertise multidisciplinaire (neurologique + psychiatrique) devait l'emporter sur l'expertise purement neurologique dans l'appréciation de cette incapacité. On était probablement arrivé au bout des considérations purement médicales, de sorte que des éléments juridiques allaient certainement intervenir de façon déterminante.
34. Le 3 mars 2005, l'assuré a requis le versement d'une rente d'invalidité à 100 % du 1<sup>er</sup> avril 2001 au 29 avril 2002 puis de 30 % au minimum selon l'expertise du Dr W \_\_\_\_\_.
35. Le 18 avril 2005, le Dr V \_\_\_\_\_, FMH médecine interne, mentionne un état stationnaire sauf l'apparition de migraines ophtalmiques récurrentes.
36. Le 28 juin 2005, la Dresse S \_\_\_\_\_ a estimé que le handicap du patient était identique à celui présent lors de la demande d'assurance-invalidité en 2001 et qu'en particulier les plaintes de migraines ophtalmiques étaient toujours présentes, avec une petite diminution alors que les douleurs dorsales étaient plus importantes.
37. Le 17 novembre 2005, l'OCAI a maintenu le droit de l'assuré à une rente entière.
38. Le 7 mars 2006, le Dr W \_\_\_\_\_ a rendu un complément d'expertise. Depuis l'été 2004, l'assuré se plaignait de troubles visuels avec céphalées, moins fréquemment qu'à l'époque, de maux de tête, douleurs cervicales marquées, de hanche, du sacrum, du coccyx, des pieds, de troubles visuels, de l'attention, de la concentration, de fatigue et de douleurs fantômes au membre supérieur droit.

L'évolution générale montre une tendance à la multiplicité des plaintes d'ordre douloureux, à la persistance d'un état de fatigue et de troubles subjectifs du fonctionnement mental. Les migraines relevées dans l'expertise de juin 2004 se sont nettement améliorées, dans la mesure où leur fréquence a nettement diminué.

---

Les migraines ophtalmiques n'avaient plus d'influence sur la capacité de travail de l'assuré. Les suites de l'accident ne nécessitaient plus de traitement médical. Au plan neurologique, en dehors de quelques épisodes migraineux admis comme d'étiologie post-traumatique, le statu quo sine a été retrouvé.

Il n'y avait pas d'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité justifiée.

La situation médicale de l'assuré était actuellement satisfaisante. Il ne requérait ni suivi médical ni traitement médicamenteux ou d'une autre nature. La question de savoir l'origine et la nature de sa fatigue restait ouverte. Son rapport à son environnement familial et notamment conjugal n'était pas de son ressort. Tout au plus, il n'y avait, à l'heure actuelle, pas de relation entre son incapacité de travail et les migraines dont il souffrait, puisque son appréciation de juillet 2004 avait évolué.

Il relève que, sur demande de l'assuré, l'entretien avec celui-ci a été enregistré et fournit une retranscription de l'enregistrement.

39. Le 17 mars 2006, l'assuré a transmis au Dr W\_\_\_\_\_ un document intitulé "*correctif de l'anamnèse*" relevant selon lui des imprécisions ou erreurs du rapport du Dr W\_\_\_\_\_. Il déclare être étonné par le mutisme à propos des troubles associés à l'entorse cervicale, en dehors des migraines ophtalmiques, qui sont des difficultés apparues avec l'accident et se sont chronicisées depuis. En premier, une sonophobie toujours présente; des acouphènes; des migraines quotidiennes fluctuantes; photophobie latente; nausées et difficultés de digestion; pertes d'équilibre; douleurs et troubles multiples latents surgissant en flexion ou en extension de faible ampleur de la nuque; fièvre; augmentation et accumulation des troubles tant qu'il ne se repose pas totalement. Il lui faut à nouveau constater que si auparavant il n'hésitait pas devant l'effort physique ou intellectuel, depuis l'accident, tous les efforts menaient à une aggravation quoi qu'il fasse.

Il a transmis une description de ses symptômes et leur évolution depuis juin 2004 puis trois autres documents intitulés : "*cadre depuis 2003*", "*stages*" et "*annexe au rapport du W\_\_\_\_\_ de juillet 2004*".

40. Dans un courrier intitulé "droit d'être entendu" du 11 septembre 2006, l'assurance a informé l'assuré qu'elle fixait le terme de ses obligations au 3 février 2006, considérant que dès la date du dernier rendez-vous d'expertise avec le Dr W\_\_\_\_\_, l'évolution irréversible de l'état antérieur aurait aussi conduit au même résultat sans l'accident. L'accident participait à hauteur de 30 % à l'incapacité de travail du 30 avril 2002 au 4 février 2006.
41. Le 25 octobre 2006, l'assuré a écrit à l'assurance qu'il contestait les conclusions du Dr LE W\_\_\_\_\_, en particulier l'affirmation que ses migraines auraient disparu, que ce médecin ne se référait qu'à une étude ancienne de 1991 en matière de lésions cervicales non objectivables, que l'entretien avait été très tendu, que

---

l'expert avait émis des considérations d'ordre psychiatrique alors qu'il n'était pas compétent, que le médecin estimait qu'il n'y avait plus de nécessité d'un traitement, tout en lui conseillant d'aller consulter pour ses douleurs fantômes, que l'on ne comprenait pas comment le statu quo sine serait atteint, qu'en conséquence et conformément à la précédente expertise 30 % de son état actuel restait en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident et qu'il souhaitait obtenir un second avis sur son état.

42. Le 5 décembre 2006, le Dr X\_\_\_\_\_, spécialiste FMH psychiatrie psychothérapie pour la Clinique Corela, a rendu à la demande de l'assuré un avis médical. Il relève que les rapports neuropsychologiques de Mme F\_\_\_\_\_ de 2001 étaient anciens et pourraient être refaits, qu'ils n'examinaient pas le détail des fonctions cognitives, que le Dr LE W\_\_\_\_\_ n'était pas compétent pour évaluer les douleurs de type rachialgies, qu'il n'avait pas noté l'intensité des douleurs et se fondait sur un article ancien (1991), de sorte qu'il était possible que la littérature médicale décrive des migraines ophtalmiques post-accidentelles chroniques et intenses, que le Dr LE W\_\_\_\_\_ intégrait des notions psychiatriques et orthopédiques qui n'étaient pas de sa compétence, qu'une expertise multidisciplinaire avec examens neuropsychologiques exhaustifs, neurologiques et orthopédiques (ou rhumatologiques) était nécessaire.
43. Le 19 décembre 2006, l'assuré a transmis à l'assurance l'avis du Dr A\_\_\_\_\_ et requis une nouvelle expertise interdisciplinaire.
44. Par décision du 13 février 2007, l'assurance a confirmé sa prise de position.
45. Le 14 mars 2007, les Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, médecins de la policlinique de neurologie des HUG, ont rendu une expertise, à la demande de l'assuré. Celle-ci se fonde sur un examen du 27 novembre 2006.

Ces médecins relèvent que depuis 2004, la situation est subjectivement stable pour l'assuré, hormis les migraines. L'assuré se plaint toujours d'une sensibilité à l'effort\_ physique ou intellectuel avec apparition de céphalées, douleurs oculaires, malaises, vertiges. Cette symptomatologie est provoquée par des activités banales de la vie quotidienne et particulièrement lorsque le patient effectue un mouvement d'extension de la nuque. Du point de vue intellectuel, le patient dit ne pouvoir se concentrer qu'une heure avant l'apparition des mêmes symptômes. L'assuré signale également une hypersensibilité au bruit étonnamment plus aiguë lorsque le patient est détendu. L'ensemble de ce tableau post-commotionnel, décrit pas le patient, est, à leur avis, superposable à la description faite dans l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ en 2004. On note la persistance des plaintes principales (sensibilité au moindre effort, phonophobie, céphalées) avec toutefois la présence d'un cortège neurovégétatif moins fourni qu'à l'époque. *"Tout comme en 2004, le status neurologique est dans les limites de la norme hormis l'amputation du membre*

*supérieur droit connue. La présence d'un discret nystagmus horizontal bilatéral au regard extrême et d'une hypoesthésie subjective et fluctuante du membre inférieur droit sans perte de la discrimination toucher-piquer ne sont, à notre avis, pas à retenir comme pathologiques. La capacité de concentration nous semble difficile à évaluer sur la base d'un seul entretien. Nous retenons que l'entretien a duré entre 1h30 et 2h00 en incluant l'examen clinique et que le patient a été capable de se concentrer durant cette période. Nous notons également que M. E\_\_\_\_\_ a, par moments, des difficultés à exprimer de manière claire et concise ses propos et digresse. Concernant les migraines ophtalmiques, le patient signale 3 épisodes depuis 2004 et confirme que la fréquence de ce type de céphalées a diminué au cours du temps. Ces derniers épisodes ont à chaque fois fait suite à des efforts plus importants qu'à l'habitude." A la lumière des éléments en leur possession, ils concluent que la situation est superposable à celle de 2004 hormis la nette diminution en fréquence des migraines ophtalmiques avec trois épisodes en deux ans, à chaque fois apparus dans des circonstances inhabituelles (déplacement à l'étranger...).*

Il existe une causalité naturelle entre les migraines invalidantes et l'accident du 29 avril 2000. Ce lien de causalité existe également pour le syndrome post-commotionnel dont l'assuré souffre. Concernant les cervicalgies, le lien de causalité, comme en 2004, reste probable. Pour les autres douleurs (dorsalgies, hanches), ils ne retiennent pas de causalité directe ni probable mais inscrivent cette symptomatologie dans le cadre d'une aggravation secondaire. Le patient signalant que les épisodes de migraines ophtalmiques ont nettement diminué en fréquence et ne se sont présentés que trois fois ces deux dernières années dans des circonstances inhabituelles, ils pensent, comme le Dr W\_\_\_\_\_, que le statu quo sine est atteint pour les migraines invalidantes. Pour le syndrome post-commotionnel accompagné de tout un cortège neuro-végétatif (céphalées, fatigue, troubles cognitifs en tout cas subjectifs, sonophobie,...) et les cervicalgies, l'évolution, même si atypique, est stable et doit toujours être retenue comme conséquence directe de l'accident.

En conséquence, par rapport à l'expertise de 2004 des Drs D\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, ils estiment que l'incapacité de travail diminue de 40 % à 25 % en raison de la régression des migraines invalidantes. Cependant la persistance des troubles post-commotionnels ne permet pas actuellement de retourner à une capacité complète.

La situation leur semble actuellement stabilisée. L'atteinte à l'intégrité est considérée actuellement à 10 %. Enfin, une co-expertise psychiatrique et une évaluation neuropsychologique avaient leur sens.

46. Le 15 mars 2007, l'assuré a fait opposition à cette décision en soulignant que le Dr A\_\_\_\_\_ avait sévèrement critiqué l'expertise du Dr W\_\_\_\_\_. Il a requis des prestations LAA à hauteur de 30 %.
47. Le 13 avril 2007, l'assurance a rejeté l'opposition en relevant qu'il ressort des cinq expertises effectuées que des troubles extra-somatiques d'origine psychosociale influent l'évolution de l'état de santé. Tous les experts relèvent ces faits tout en faisant état du refus de l'assuré de les reconnaître. Il est manifeste que depuis l'expertise du Centre multidisciplinaire de la douleur, un important état préexistant est seul responsable des troubles de la santé et de l'incapacité de travail.

S'agissant des migraines, la Dresse S\_\_\_\_\_ avait fait état d'une diminution de celles-ci en mars 2005. Selon la lecture de l'entretien du 24 janvier 2007, l'assuré disait qu'il avait moins de migraines normales mais des migraines ophtalmiques plus violentes et des petites migraines ophtalmiques deux ou trois fois par semaine. Enfin, dès lors que l'expert W\_\_\_\_\_ avait clairement et de manière probante expliqué les raisons pour lesquelles l'assuré n'avait pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, il n'y avait pas lieu de douter du bien-fondé de sa prise de position.

48. Le 15 mai 2007, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision sur opposition précitée en concluant à la condamnation de l'assurance au versement de prestations à 100 % au-delà du 30 avril 2002, d'une IPAI et à la fixation de la date du début de la rente LAA. Préalablement, il a requis une expertise judiciaire multidisciplinaire.

Il relève que le Dr W\_\_\_\_\_ n'avait pas attendu qu'il lui donne les documents demandés avant de rendre son complément d'expertise. Ses migraines et migraines ophtalmiques avaient persisté comme en 2004 avec la même fréquence et la même intensité. L'expertise du Dr W\_\_\_\_\_ n'était pas probante car incomplète, les aspects post-commotionnels n'y étaient pas discutés et les Drs X\_\_\_\_\_, B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ estimaient qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire. Ses plaintes n'avaient pas été prises en compte, il n'avait pas pu se faire entendre par le Dr W\_\_\_\_\_. Ce médecin n'avait pas compris ses plaintes et l'expertise n'était pas cohérente. L'expertise ne permettait pas de comprendre pourquoi le statu quo sine serait atteint alors même qu'avant l'accident, il cherchait à augmenter son taux de travail, allait bien et s'occupait parfaitement de sa famille. L'expertise du Centre multidisciplinaire de la douleur était en contradiction avec celle du Dr W\_\_\_\_\_ puisqu'elle écartait toute causalité entre les troubles et l'accident alors que le Dr W\_\_\_\_\_ admettait une causalité de 30 %. Il était ainsi erroné de dire que les expertises étaient concordantes. Quant au complément d'expertise, il n'était pas probant. Enfin, les Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, tout en retenant par erreur que les migraines ophtalmiques avaient diminué, admettaient déjà un lien de causalité de 25 % entre les maux et l'accident.

49. Le 12 juillet 2007, l'assurance a conclu au rejet du recours.

La période du 30 avril 2002 au 3 février 2006 ne faisait pas partie de la décision attaquée et donc ne pouvait faire l'objet du litige. Les Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ admettaient que le statu quo sine était atteint pour les migraines invalidantes. La décision attaquée devait être confirmée.

50. Le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties le 15 octobre 2007.

Le recourant a déclaré qu'il souffrait quotidiennement de céphalées, de migraines et de migraines ophtalmiques deux à trois fois par semaine d'intensité majeure et, toutes les deux à trois semaines, d'intensité forte, de difficultés à se concentrer, de confusion, de fatigue, de perte d'audition à droite, d'astigmatisme augmenté, de brisures des dents à la suite du choc.

Il avait suivi une psychothérapie depuis 1994 laquelle devait se terminer en juillet 2000, le gros des problèmes étant résolu. Il était incapable de travailler et demandait une expertise multidisciplinaire comprenant un aspect psychiatrique, rhumatologique et neuropsychologique. Il a précisé que son opposition visait l'annulation de la décision de l'intimée et au moins le versement de prestations à hauteur de 30 %.

L'intimée a déclaré qu'elle s'était fondée sur l'expertise du Dr W\_\_\_\_\_ pour nier la causalité entre les troubles neuropsychologique et post-commotionnel et l'accident. Le recourant n'avait pas formellement contesté la période antérieure au 3 février 2006.

51. Le 24 octobre 2007, à la demande du Tribunal de céans, l'OCAI a transmis le dossier AI du recourant, sur CD-ROM.

52. Le 15 novembre 2007, l'intimé a estimé que le recourant souffrait de troubles sans substrat organique et, en partie seulement, cliniquement perceptible.

La causalité adéquate n'était pas donnée dès lors que l'accident n'avait pas été particulièrement impressionnant, il n'avait pas subi de blessures particulièrement graves, le traitement médical - sans complications ou erreurs - n'avait pas été anormalement long, le suivi depuis plusieurs années était usuel pour un traumatisme au rachis cervical, il n'y avait pas de douleurs physiques persistantes, le décours particulier des migraines témoignait d'une étiologie non traumatique; enfin l'incapacité de travail justifiée durant deux ans n'était pas inhabituelle pour une distorsion cervicale.

53. Le 15 novembre 2007, le recourant a estimé que la causalité adéquate s'appréciait différemment en fonction de la prédominance de troubles d'ordre psychique ou

physique, ce que devrait déterminer l'expertise pluridisciplinaire. Il était médicalement admis que le "coup du lapin" pouvait poser des troubles fonctionnels durables même sans lésions objectives. Il souffrait des conséquences décrites par la récente littérature médicale en matière de "coup du lapin", soit de graves lésions et, tout comme 10 % des victimes, il avait développé un risque d'invalidité.

54. Le 19 février 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise aux Drs LL\_\_\_\_\_ et MM\_\_\_\_\_ et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur le choix des experts et la mission d'expertise.
55. Le 3 mars 2008, le recourant a déclaré accepter les experts désignés, ainsi que la mission d'expertise.
56. Le 3 mars 2008, l'intimée a déclaré accepter les experts désignés et proposé une série de compléments à la mission d'expertise.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, le présent recours concerne les suite d'un accident du 29 avril 2000. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la

---

LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b)

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
4. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 avril 2002.
5. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

b) L'existence d'une causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, 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. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante), ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n°141).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte

exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4; Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATFA du 14 février 2006, U 351/04).

En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante/sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve incombe à la partie qui invoque la suppression du droit c'est-à-dire à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence). Cette règle n'entre cependant en considération que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références).

Cela ne signifie pas que l'assureur doit apporter la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle en prouvant des facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA U 451/05 du 25 octobre 2006 consid. 2; U 359/04, du 20 décembre 2005 consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1; U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3 et les références).

C'est encore le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 341 sv. consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv. consid. 3b; arrêt A. du 31 juillet 2001 [U 492/00] consid. 3c).

c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une

---

telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

6. a) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin" (Schleudertrauma, whiplash-injury) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes tels que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b).

Selon la jurisprudence, un traumatisme de type "coup du lapin" doit, en principe, être nié lorsqu'il existe un temps de latence trop long entre l'accident et l'apparition des douleurs cervicales (arrêt E. du 12 août 1999, RAMA 2000 no U 359 p. 29 consid. 5e-g). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral des assurances s'est prononcé sur

---

le cas d'un assuré qui, victime d'une chute à ski ayant entraîné un traumatisme du thorax et de la colonne vertébrale, ne s'est plaint de douleurs à la nuque que deux semaines après l'accident. Se référant à d'autres arrêts rendus antérieurement (notamment les arrêts K. du 7 décembre 1992, U 88/90, et L. du 20 octobre 1993, U 87/92), la Cour de céans s'est appuyée sur la doctrine médicale d'après laquelle les cervicalgies doivent nécessairement se manifester dans le délai de 72 heures après l'événement accidentel pour qu'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturel avec ce dernier (ATFA du 19 mai 2000, U 328/99).

b) En cas d'atteintes à la santé (sans preuve de déficit organique) consécutives à un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue (SVR 1995 UV no 23 p. 67 consid. 2) ou un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les critères énumérés aux ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b (ATF 117 V 367 consid. 6a, dernier paragraphe; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type "coup du lapin", il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; RAMA 1999 U 341 p. 408 ss consid. 3b).

Il convient de faire exception à ce principe et d'appliquer la jurisprudence exposée au consid. 6 ci-dessus (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 490 consid. 5c/aa), en distinguant entre atteintes d'origine psychiques et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique. L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 99 consid. 2a; RAMA 2002 n° U 465 p. 439 consid. 3b). Il convient de procéder de même lorsque l'accident n'a fait que renforcer les symptômes de troubles psychiques déjà présents avant cet événement (RAMA 2000 n° U 397 p. 327), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type "coup du lapin", d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b).

7. 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3a).

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. Ainsi, lorsque, 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 permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

De plus, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est

qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

8. En l'espèce, il ressort des pièces médicales versées au dossier que le recourant a été victime d'un traumatisme crânio-cérébral ayant entraîné des troubles relevant du tableau clinique typique d'un accident de type "coup du lapin" (photophobie, difficultés d'accommodations, acouphènes, sensation d'étai à la tête, trouble de la concentration, céphalées, fatigabilité, intolérance au bruit et à la lumière, irritabilité, perte d'équilibre, nausées). Ce syndrome post-commotionnel a persisté, de telle manière que le recourant a été soumis à des expertises, soit :

- L'expertise du Centre multidisciplinaire de la douleur du 20 juin 2002, laquelle conclut à une causalité naturelle des troubles avec l'accident jusqu'au 29 avril 2002 et ensuite uniquement partielle à 50 % jusqu'au 29 avril 2004.
- L'expertise du Dr W\_\_\_\_\_ du 7 juillet 2004, qui conclut à une causalité naturelle à hauteur de 30 % entre l'incapacité de travail et l'accident. Les migraines ophtalmiques étaient en relation de causalité avec l'accident mais la symptomatologie post-commotionnelle ne pouvait plus l'être deux ans après ce dernier. Dans son complément du 7 mars 2006, le Dr W\_\_\_\_\_ a estimé que les migraines ophtalmiques n'avaient plus d'incidence sur la capacité de travail et le statu quo sine était retrouvé.
- L'expertise des Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, qui souligne le 14 mars 2007 que l'ensemble du tableau post-commotionnel était en lien de causalité naturelle avec l'accident et que le statu quo sine était uniquement atteint pour les migraines ophtalmiques.

Il est à relever que l'expertise du 20 juin 2002 du centre multidisciplinaire de la douleur mentionne que la persistance du tableau post-commotionnel est encore en lien de causalité avec l'accident mais estime que l'incidence de l'accident et donc aussi de l'incapacité de travail de l'assuré ne joue un rôle que pour une proportion de 50 %, sans que cette appréciation ne soit réellement motivée dans le cas d'espèce.

Quant à l'expertise du Dr W\_\_\_\_\_, elle écarte tout lien de causalité naturelle entre la symptomatologie post-commotionnelle et l'accident en partant du principe théorique que celle-ci ne saurait être invalidante plus de deux ans après l'accident.

Ces deux appréciations médicales ont été remises en cause par celle des Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ selon lesquels il existe clairement une causalité naturelle entre le syndrome post-commotionnel dont l'assuré souffre et l'accident.

Au vu de ce qui précède, une expertise judiciaire s'avère nécessaire, ce d'autant qu'il n'apparaît pas, de prime abord, que la causalité adéquate entre les symptômes dont se plaint le recourant et l'accident serait en toute hypothèse exclue (cf. arrêts du Tribunal fédéral du 6 décembre 2007 - 8C-361/07; du 30 octobre 2007 - U 428/06; du 26 juillet 2007 - U 308/06; du Tribunal fédéral des assurances du 10 février 2005 - U49/04).

Cette expertise comprendra un aspect psychiatrique et un aspect neurologique.

Quant aux migraines ophtalmiques, bien que les Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ aient rejoint l'appréciation du Dr W\_\_\_\_\_ pour conclure que le statu quo sino était atteint, il convient, dans la mesure où le recourant conteste formellement le fait que les épisodes de migraine ophtalmique se seraient améliorés, également d'instruire cet aspect.

Enfin, conformément à la demande de l'intimée, les questions B. 2) b) et 3) b) seront complétées et il sera ajouté une question A. 7) et B. 2) c).

9. Une expertise bidisciplinaire sera ainsi confiée aux Drs LL\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à Lausanne, et MM\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie à Lausanne.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Préparatoire :**

2. Ordonne une expertise médicale. La confie aux Drs LL\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et MM\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Du point de vue psychiatrique :

- a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. E\_\_\_\_\_.
- c. Examiner M. E\_\_\_\_\_.
- d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
  - 1) Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
  - 2) Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
  - 3) Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. E\_\_\_\_\_ d'un point de vue psychiatrique ?
  - 4) En cas de trouble psychique :
    - a) Quel est le degré de gravité de celui-ci ?
    - b) Depuis quelle date est-il présent chez M. E\_\_\_\_\_ ?
    - c) Comment a-t-il évolué ?

- d) Quel traitement est-il indiqué ? M. E \_\_\_\_\_ suit-il un traitement adéquat ?
  - e) Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
- 5) a) Décrire les circonstances de l'accident du 29 avril 2000.
- b) Décrire la longueur du traitement médical.
  - c) Y a-t-il eu des erreurs dans le traitement médical ?
  - d) Existe-t-il des douleurs physiques ou psychiques persistantes ?
  - e) Y a-t-il eu des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications ?
  - f) Existait-il avant l'accident du 29 avril 2000 une atteinte importante de nature psychique ? Si oui, laquelle ? Cette atteinte a-t-elle perduré ?
- 6) Existe-t-il un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie ?  
Si oui :
- a) Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? si oui de quelle importance ? ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ?
  - b) Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
  - c) Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
  - d) M. E \_\_\_\_\_ subit-il une perte d'intégration sociale au sens du considérant 10 d) et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?
  - e) Existe-t-il chez M. E \_\_\_\_\_ un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), au sens du considérant 10 c)?
  - f) Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ?
  - g) Des mesures de réhabilitation seraient-elles utiles ?

- h) Dans quelle mesure peut-on exiger de M. E\_\_\_\_\_ qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?
- i) En d'autres termes, M. E\_\_\_\_\_ dispose-t-il et si oui dans quelle mesure de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ?
- 7) Existe-t-il des déficits neuropsychologiques chez M. E\_\_\_\_\_ ? Si oui, lesquels, de quelle gravité, et quelle est leur évolution ?
- 8) Compte tenu de votre diagnostic, l'assuré pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
- 9) a) Les troubles constatés sont-ils en relation de causalité naturelle avec l'accident du 29 avril 2000 ? Si non, pourquoi ? Ces troubles existaient-ils avant l'accident ?
- b) Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50 % dû à l'accident), probable (plus de 50 % dû à l'accident) ou certain (100 % dû à l'accident) ?
- c) En cas de causalité naturelle au moins probable, existe-t-elle encore actuellement ? Si non, à partir de quelle date doit-on la nier ? En d'autres termes, existe-t-il un état maladif qui serait revenu au stade où il se trouvait avant l'accident du 29 avril 2000 (statu quo ante) ou qui serait parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident du 29 avril 2000 (statu quo sine) ? Si non, pourquoi ?

B. Du point de vue somatique

- a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. E\_\_\_\_\_.
- c. Examiner M. E\_\_\_\_\_.
- d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :
- 1) Quel est le status détaillé et quelle est l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?

- 2) a) Quels sont les diagnostics ? Décrire précisément les atteintes à la santé de M. E\_\_\_\_\_.
- b) En particulier, M. E\_\_\_\_\_ souffre-t-il de migraines ophtalmiques ? Si oui, de quelle gravité et à quelle fréquence ? A quelle date sont-elles apparues et quelle a été leur évolution ?
- c) Existe-t-il une atteinte structurelle cérébrale chez M. E\_\_\_\_\_ ? Si oui, laquelle ? Des lésions osseuses crâniennes, des hémorragies intracrâniennes ou des anomalies intracérébrales ont-elles été démontrées ?
- 3) a) Les atteintes à la santé constatées sont-elles en relation de causalité naturelle avec l'accident du 29 avril 2000 ?
- b) Plus précisément, le lien de causalité est-il exclu de façon certaine (0 % dû à l'accident), est-il seulement possible (moins de 50 % dû à l'accident), est-il probable (plus de 50 % dû à l'accident) ou est-il certain (100 % dû à l'accident) ?
- c) En cas de causalité naturelle au moins probable, celle-ci existe-t-elle encore actuellement ? Si non, à partir de quelle date doit-on la nier ? En d'autres termes, existe-t-il un état maladif qui serait revenu au stade où il se trouvait avant l'accident du 29 avril 2000 (statu quo ante) ou qui serait parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) ? Si non, pourquoi ?
- 4) Compte tenu de votre diagnostic, l'assuré pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic ? Si non, pourquoi ?

C. Appréciation consensuelle du cas

- 1) Compte tenu des atteintes psychiatrique et somatique constatées, M. E\_\_\_\_\_ subit-il une incapacité de travail ? Si oui, à quel taux, depuis quelle date et dans quelle activité ?
- 2) Un traitement est-il encore indiqué ? Si oui, lequel ?
- 3) Les atteintes subies sont-elles en lien de causalité naturelle (seulement possible, probable ou certain) avec l'accident du 29 avril 2000 ? En cas de causalité naturelle au moins probable, celle-ci existe-t-elle encore actuellement ? Si non, à quelle date le statu quo sine ou ante a-t-il été atteint ?
- 4) En cas d'atteinte psychique importante présente avant l'accident [cf. question A 5) f)], celle-ci a-t-elle relégué les autres atteintes apparues après l'accident au second plan ? Pourquoi ?

- 5) Etes-vous d'accord avec les expertises des Drs NN\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ (du 20 juin 2002), des Drs W\_\_\_\_\_ (du 7 juillet 2004 et complément du 7 mars 2006), et des Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ (du 14 mars 2007) ? Si non, pourquoi ?
- 6) Faire toutes autre remarques ou suggestions utiles.
3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé.

La greffière

La Présidente

Florence SCHMUTZ

Valérie MONTANI

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