

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/200/2006

ATAS/560/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 2 mai 2008

En la cause

Monsieur K_____, domicilié au, GRAND-SACONNEX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gilbert
BRATSCHI

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Olivier LEVY et Christine
KOEPPPEL, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur K_____, né en 1962, a été au chômage à compter du 22 juin 2000. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA).
2. Le 14 juillet 2000, l'assuré a été victime d'un accident : alors qu'il s'engageait dans la rampe d'accès du premier sous-sol d'un parking souterrain au volant de sa voiture, il a voulu éviter un piéton en donnant un coup de volant vers la gauche. Ce faisant, il a perdu la maîtrise de son véhicule, qui a pris de la vitesse, avant de percuter avec l'avant gauche le mur situé sur la gauche de la rampe. Le véhicule a ensuite rebondi et continué sa course jusqu'au bas de la rampe, où il a heurté violemment de front un second mur, 15 mètres environ après le premier choc. L'assuré pense être resté inconscient quelques instants. Il est ensuite sorti de son véhicule pour en faire le tour, persuadé qu'il avait percuté un piéton. Interrogé par un témoin qui lui offrait ses services, il a déclaré ne pas être blessé et l'a prié d'appeler la police ; il s'est ensuite couché sur le siège arrière de son automobile, se plaignant de douleurs à la nuque et au thorax. Il n'a pas de souvenir de la suite (cf. rapport du police ; pce 5 intimée). Conduit aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en ambulance, l'assuré en est ressorti après une surveillance neurochirurgicale de 17 heures sans particularité. Du rapport de sortie des HUG du 15 juillet 2000 (pces 2 et 6 intimée), il ressort les éléments suivants : un score de 15 sur l'échelle de Glasgow, des radiographies de l'épaule et de la colonne cervicale sans particularité, un diagnostic de traumatisme crânio-cérébral, de contusions à l'épaule et au bras gauches ainsi que de cervicalgies. Il est encore mentionné une perte de connaissance incertaine et le fait que l'intéressé est sorti de son véhicule et a fait un malaise ensuite. Ultérieurement, l'assuré a précisé qu'il conduisait à faible vitesse, car il n'était pas pressé (pce 14 p. 2 intimée).
3. Du 28 juillet au 29 août 2000, l'assuré s'est rendu au Kosovo, en vacances auprès de sa famille. Il a mentionné ce fait à son assurance-accidents sur un document non daté (apparemment transmis en septembre 2000), en ces termes : « Accidenté le 14.07.00 je suis parti en vacances le 28.07.00. c/o ma famille en Albanie, Kosovo. De retour à Genève le 29.08.00 » (pce 3 intimée).
4. Dans l'incapacité totale de travailler à compter du 30 août 2000, l'assuré a bénéficié des prestations de la SUVA.
5. Dans une lettre du 18 octobre 2000, le docteur L_____, médecin traitant de l'intéressé, a notamment exposé que son patient avait été mis en observation durant 24 heures au service des urgences des HUG et que les diagnostics posés consistaient en un poly-traumatisme et une commotion cérébrale avec perte de connaissance de plusieurs heures (pce 19 intimée).

6. Le 29 septembre 2000, le docteur M_____, spécialiste en neurologie, a pratiqué un électroencéphalogramme (EEG) qui s'est révélé normal. Selon le médecin, un soutien psychiatrique urgent était nécessaire, car il existait un risque de décompensation au vu de l'état d'anxiété, d'angoisse et d'agitation. Du point de vue neurologique, il ne proposait pas d'examen complémentaire pour le moment, réservant une éventuelle IRM au cas où les céphalées devaient s'accroître ou s'accompagner de signes neurologiques positifs, ce qui n'était pas le cas actuellement (pce 26 intimée). Le médecin a confirmé ses évaluations normales (examen neurologique et EEG) dans un rapport du 13 novembre 2000 (pce 30 intimée).
7. Le 21 décembre 2000, le docteur N_____, psychiatre, a signalé que son patient souffrait d'un état dépressif sévère avec des plaintes somatiques associées et de probables symptômes psychotiques, ainsi qu'un trouble anxieux et des traits d'une personnalité narcissique. Lesdits troubles psychiques étaient sévères, réactionnels à l'accident du 14 juillet 2000 et engendraient une incapacité totale de travail (pce 24 intimée).
8. Le 18 décembre 2001, le docteur O_____, spécialiste en radiologie, a procédé à une IRM du cerveau de l'assuré. Outre des constatations normales, il a pu mettre en évidence un angiome veineux de la localisation frontale supérieure paramédiane droite et un aspect hypertrophié des cornets nasaux inférieurs avec déviation de la cloison nasale vers la droite (pce 67 intimée).

Vu l'absence d'évolution de l'angiome et sa très petite taille, le docteur P_____, cité par le docteur Q_____, psychiatre de la division de médecine des assurances de la SUVA, a estimé qu'il était très improbable qu'il soit d'une importance significative pour expliquer les symptômes psychiques en cause (appréciation psychiatrique du 26 février 2003, pce 74 intimée).

9. En raison de l'évolution défavorable de l'état de santé de l'intéressé, avec syndrome douloureux rachidien chronique, céphalées et vertiges, mais surtout troubles cognitifs et comportementaux et hospitalisations en milieu psychiatrique, la SUVA a requis une hospitalisation à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), qui a eu lieu du 17 au 23 juillet 2002, pour bilan médical pluridisciplinaire et établissement d'un diagnostic psychiatrique.

Dans leur rapport du 3 septembre 2002 (pce 68 intimée), les docteurs R_____ et S_____ ont posé les diagnostics suivants : cervicalgies et lombalgies chroniques, syndrome douloureux somatoforme persistant, trouble dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques, trouble état de stress post-traumatique, céphalées, status après accident de voiture en juillet 2000, épistaxis récidivante et vertiges. Pour ce faire, ils se sont associés le docteur T_____, spécialiste en neurologie, le docteur U_____, psychiatre, et la neuropsychologue V_____ ; ils ont également fait procéder à divers examens et bilans

d'investigation (notamment radiologique). Le bilan neuropsychologique a été difficilement réalisable en raison des nombreuses interruptions du patient, mais des performances déficitaires dans tous les domaines investigués ont été trouvées. Les phénomènes les plus frappants étaient un bradypsychisme, des troubles mnésiques et exécutifs. A priori, le TCC léger anamnestique ne pouvait à lui seul rendre compte de ce tableau dans toute sa sévérité. L'examen EEG avait montré un tracé normalement structuré. La consultation neurologique, incomplète en raison du manque de collaboration, n'avait pas mis en évidence de signe d'atteinte neurologique, le médecin spécialiste précisant que, sur la base des renseignements disponibles, il était ardu de dire s'il y avait eu un traumatisme crânien et, s'il y en avait eu un, il ne pouvait être que léger. Quant aux consultations psychiatriques, elles avaient permis de conclure à des atteintes sévères dans le domaine considéré. Il ressortait de tous ces examens que le problème principal pour l'instant était d'ordre psychiatrique, ce qui rendait difficile l'évaluation objective d'atteintes somatiques. Les divers bilans somatiques, sous réserve de la collaboration difficile du patient, n'avaient toutefois pas permis d'objectiver une problématique somatique évidente.

10. Le 26 novembre 2003, le docteur L_____ a conclu à la présence de symptômes d'une sinistrose post-traumatique avec troubles psychiques sévères (pce 86 intimée).
11. Sur mandat de l'administration, le docteur W_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à l'expertise psychiatrique de l'assuré. Son rapport du 7 juin 2004 est fondé sur l'examen de l'intéressé effectué les 12, 18 et 26 mai 2004 ; l'étude du dossier de la SUVA ; l'étude du dossier du Département de psychiatrie des HUG consulté à la Clinique de Belle-Idée ; des contacts téléphoniques avec les docteurs X_____ et Y_____, ancien, respectivement actuel psychiatres traitants ; la lecture d'un rapport du docteur Y_____ établi à la demande de l'expert ; l'examen du rapport de police ; le dosage plasmatique de l'antidépresseur. Après avoir dressé un récapitulatif des faits, basé tant sur les documents à sa disposition que sur les dires de l'intéressé, et relaté les plaintes de ce dernier, l'expert a procédé à son évaluation psychiatrique. Il a discuté chaque diagnostic pouvant entrer en ligne de compte et est arrivé à la conclusion que l'assuré souffrait d'un trouble panique avec agoraphobie (F40.01), d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.10) et d'un syndrome post-commotionnel prolongé (F07.2). Il en a déduit une incapacité totale de travail, mais a retenu que celle-ci n'était liée par un lien de causalité avec l'accident du 14 juillet 2000 que pour un délai de 5 ans maximum, soit jusqu'en juillet 2005. A compter de cette date, il a en effet attribué la persistance des troubles et de l'incapacité de travail à des facteurs d'entretien (fragilisation du statut socio-économique et familial survenue dans les années précédant l'accident [perte d'emploi, distension des relations familiales] ; renforcement réciproque entre les diverses composantes des troubles ; incapacité à quitter le statut de malade grave du

fait des bénéfiques obtenus sur le plan affectif et sur le plan matériel) ; le facteur déclenchant (l'accident) ne jouant alors plus de rôle significatif, à moins qu'une éventuelle atteinte neurologique organique consécutive à l'accident ne soit mise en évidence.

12. Le docteur Q_____, dans une appréciation du 2 juillet 2004, a déclaré partager entièrement l'avis du docteur W_____, mettant en exergue le fait qu'il a rendu une expertise détaillée et une évaluation précise et motivée sur différentes questions ouvertes.
13. La SUVA a ensuite confié une expertise neurologique au professeur Z_____, médecin-chef du service de neurologie du CHUV à Lausanne. Le 17 février 2005, il a rendu son rapport y relatif, cosigné par le docteur A_____, chef de service adjoint. Il a conclu, sur le plan neurologique, au diagnostic de syndrome post-commotionnel tardif et sévère, avec troubles neuropsychologiques, céphalées, cervico-brachialgies et troubles visuels. Le tableau clinique évoquait avant tout un syndrome post-commotionnel à un stade tardif et sévère. L'accident de 2000 avait probablement provoqué un syndrome du « coup du lapin » avec possible TCC associé, bien que les éléments anamnestiques et l'évolution dans les premières semaines (sortie prématurée de l'hôpital, voyage au Kosovo), ne soutenaient pas l'hypothèse d'une perte de connaissance prolongée. La persistance de symptômes d'une telle sévérité près de 5 ans après le traumatisme, probablement mineur, s'expliquait par les importantes comorbidités psychiatriques. Il ne faisait guère de doute que l'accident soit la cause du syndrome post-commotionnel, malgré qu'aucune atteinte organique morphologiquement visible ne soit démontrée sur les différents examens. Ceux-ci avaient en particulier permis d'exclure une hypoperfusion cérébrale postérieure en tant qu'origine des troubles visuels. Cependant, les lésions micro-neurologiques induites par un TCC mineur ou par un « coup du lapin » n'engendraient pas forcément d'anomalies visibles radiologiquement. Les séquelles organiques, si elles existaient, étaient minimes et la sévérité inhabituelle, de même que la durée du trouble constaté s'expliquaient en partie par les comorbidités psychiatriques.
14. Le 24 mai 2005, la SUVA a rendu une décision par laquelle elle a mis un terme à toutes les prestations d'assurance avec effet au 30 juin 2005 au motif, d'une part, qu'il ne subsistait plus de séquelles de l'accident nécessitant un traitement et, d'autre part, qu'outre les séquelles organiques, des troubles psychogènes réduisaient certes la capacité de gain, mais étaient sans relation de causalité adéquate avec l'accident. L'effet suspensif d'une éventuelle opposition a été retiré.
15. Statuant sur opposition le 7 octobre 2005, la SUVA a confirmé sa décision du 24 mai 2005 en précisant au surplus qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif.

En substance, la SUVA s'est basée sur le rapport d'expertise du professeur Z_____, chef du service de neurologie du CHUV à Lausanne, du 17 février 2005. Il en ressort que l'assuré présente un syndrome post-commotionnel tardif sévère avec troubles neuropsychologiques, céphalées, cervico-brachialgies et troubles visuels, associés à des troubles psychiatriques invalidants, troubles dépressifs récurrents, agoraphobie avec trouble panique. La SUVA a considéré que le professeur Z_____ évoquait certes des microlésions comme cause organique de ces troubles mais qu'il s'agissait d'une hypothèse et que, de l'avis de l'expert, les seules séquelles organiques liées à l'accident, si elles existaient, étaient minimes. En conséquence, la SUVA a considéré que si leur absence n'était pas prouvée, il en allait de même de leur existence et, se référant à l'avis du docteur W_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a relevé que l'OMS plaçait le syndrome post-commotionnel dans la section des troubles mentaux, la SUVA a retenu qu'une commotion cérébrale constituait un trouble fonctionnel dépourvu de substrat morphologique objectivable. Partant, elle a considéré qu'il n'était pas démontré que les troubles dont se plaignait l'assuré avaient une cause organique et qu'il convenait à ce propos de relativiser la formulation de la décision entreprise qui, par inadvertance, évoquait des séquelles organiques. Cela étant, les experts démontraient que les troubles diagnostiqués étaient à tout le moins pour partie en rapport de causalité (naturelle) partielle avec l'accident assuré et qu'il convenait dès lors d'examiner la question de la causalité adéquate. Sur ce point, la SUVA s'est référée à un arrêt du Tribunal fédéral (U 276/04) selon lequel l'existence d'une commotion cérébrale ne justifiait l'application de la pratique développée en matière de coup du lapin que si la commotion subie se situait pour le moins à la limite entre les commotions et les contusions cérébrales. L'importance d'une telle atteinte était généralement évaluée en fonction de l'échelle de Glasgow. Cette dernière était constituée de l'addition de trois notes attribuées à l'ouverture des yeux, la réponse verbale et la motricité. Pour chaque paramètre, la note était attribuée en fonction de l'état de la victime. Lorsque le score de l'échelle de Glasgow se situait entre 13 et 15, il s'agissait d'un traumatisme léger. Or, en l'occurrence, l'échelle de Glasgow avait été fixée à 15. Les experts avaient d'ailleurs évoqué un traumatisme probablement mineur. Etant donné qu'il s'agissait d'une commotion cérébrale légère, la jurisprudence développée en matière de coup du lapin ne s'appliquait donc pas.

En l'espèce, la SUVA a indiqué que l'accident subi devait être qualifié d'accident de gravité moyenne certainement pas à la limite de la catégorie des accidents graves. Il n'était pas non plus particulièrement impressionnant ou dramatique d'un point de vue objectif. Tel que cela ressortait du rapport du professeur Z_____, l'assuré n'avait pas perdu longtemps connaissance. Il n'avait pas non plus subi de blessures particulièrement graves ou menaçantes pour la vie, ni de lésions physiques graves ou de nature propre à entraîner des troubles psychiques, d'autant moins qu'une commotion cérébrale n'emportait pas à elle seule l'acceptation de ce critère. Les atteintes s'étaient caractérisées avant tout par l'apparition de douleurs cervicales, de

céphalées et de douleurs à l'épaule gauche, sans atteinte organique objectivable. Quant à la durée du traitement médical, elle n'apparaissait pas anormalement longue. Si la situation n'avait pu être améliorée par la thérapie physique, c'était en raison de la comorbidité psychiatrique, avec hospitalisations intercurrentes, qui avait dominé le tableau clinique, sans que l'on puisse voir une quelconque erreur dans le traitement médical. Quant à l'incapacité de travail, outre l'influence de la comorbidité psychiatrique, l'appréciation de ce critère devait être relativisée par les longues mesures d'éclaircissement des troubles. Restait que l'assuré avait continué à souffrir de céphalées et de cervicalgies. L'importance de ses douleurs devait toutefois être également relativisée. Ce critère n'apparaissait pas suffisamment prégnant pour que l'accident du 14 juillet 2000 soit tenu pour la cause adéquate des troubles dont l'assuré continuait à souffrir, le terme des prestations litigieux fixé en 2005 ayant été retardé par l'attente des résultats des différents rapports médicaux et expertises ordonnées. Partant, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles litigieux devait être niée. La SUVA a reconnu que telle qu'elle était formulée, la décision initiale prêtait quelque peu à confusion, mais que c'était néanmoins à juste titre qu'un terme avait été mis aux prestations d'assurance.

16. Par mémoire du 20 janvier 2006, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il conclut préalablement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, principalement à ce que la SUVA lui alloue des prestations au-delà de la date du 30 juin 2005.

Le recourant ne conteste pas le déroulement de l'accident tel que décrit par la SUVA. Il souligne cependant que cette dernière a reconnu qu'il a violemment heurté de front un second mur quinze mètres environ après le premier choc. Il souligne la grande violence du choc et s'appuie à cet égard sur le rapport d'expertise technique GARCIA, du 15 octobre 2000, et les photos prises par ce dernier (pce 4 recourant). Ce rapport mentionne que le côté avant gauche du véhicule, c'est-à-dire celui du conducteur, a été plus particulièrement touché.

L'assuré admet que l'accident incriminé ne peut être classé parmi les accidents objectivement graves au sens très restrictif de la jurisprudence. Il allègue cependant qu'il se situe dans la catégorie moyenne, à la limite des accidents graves, eu égard à la violence particulière du choc. Par ailleurs, l'accident présente un caractère impressionnant, respectivement dramatique ; les circonstances étaient objectivement impressionnantes non seulement en raison de la terrible embardée de son véhicule, mais surtout parce qu'il était persuadé avoir percuté un piéton qu'il avait aperçu remontant la rampe d'accès. Il s'agit là d'un élément objectif de nature à l'avoir terrorisé à un point tel que, depuis, il lui arrive d'avoir fréquemment des hallucinations au cours desquelles il revoit le piéton qu'il croyait avoir tué se moquant de lui et de sa famille et menaçant cette dernière de meurtre (pce 18 p. 2). Pratiquement tous les médecins qui l'ont examiné ont noté la répétition incessante

de ces hallucinations dues évidemment au caractère extrêmement impressionnant de l'accident, en raison de sa certitude d'avoir percuté et tué un piéton. Peu importe que la police n'ait pas pu prouver la présence d'un tel piéton sur les lieux de l'accident, seul compte le fait que lui-même l'ait vu, qu'il ait essayé de l'éviter et qu'après avoir perdu la maîtrise de son véhicule il s'est persuadé l'avoir percuté et tué.

S'agissant de la gravité des lésions physiques et de leurs répercussions sur les troubles psychiques engendrés par l'accident, l'assuré se réfère à l'avis de sortie des HUG qui fait état d'un traumatisme crânio-cérébral, de plusieurs contusions de l'épaule et du bras gauches, ainsi que de cervicalgies. Il se réfère également à la lettre du docteur L_____ du 18 octobre 2000 mentionnant un poly-traumatisme, une commotion cérébrale avec perte de connaissance de plusieurs heures, le tout ayant entraîné des céphalées et des cervicalgies invalidantes. Le recourant en tire la conclusion qu'il est donc établi que les lésions subies (sous forme d'un poly-traumatisme et d'une commotion cérébrale avec perte de connaissance de plusieurs heures) ont entraîné tout un cortège de maux qui n'ont fait que s'aggraver. Il s'agit là d'un facteur concomitant à retenir dans le cadre de l'analyse de la causalité adéquate.

Quant à la durée anormalement longue du traitement médical, peu importe qu'aux douleurs purement physiques se soient ajoutés des facteurs psychiques. Seul compte le fait que depuis l'accident, les médecins, toutes spécialisations confondues, n'avaient pas cessé de le traiter, ce qui était encore le cas, comme précisé par le professeur Z_____. Il en conclut que l'atteinte à la santé est d'une telle gravité qu'elle a nécessité des traitements particulièrement longs et nombreux se poursuivant encore.

Enfin, il conteste n'avoir pas souffert de douleurs physiques persistantes. Il continue à souffrir de céphalées et de cervicalgies qui n'ont pas à être relativisées comme le fait la SUVA. Il souligne à cet égard que non seulement cela fait plus de cinq ans qu'il souffre toujours desdits troubles, mais que s'y ajoutent encore les plaintes relevées par l'expert Z_____, à savoir des vertiges, des nausées, des insomnies, des difficultés de concentration, des troubles visuels, des bouffées de panique accompagnées de palpitations.

Par conséquent, le recourant estime remplir toutes les conditions pour que soit reconnu un lien de causalité adéquat entre l'accident et les troubles qu'il présente.

Cela étant, il soutient qu'une nouvelle expertise psychiatrique est nécessaire. L'assuré conteste en effet les conclusions de celle réalisée par le docteur W_____. A cet égard, il estime que l'expert minimise de façon incompréhensible la gravité et la violence de l'accident, ce qui a influencé ses conclusions, notamment en ce qui concerne l'importance des atteintes psychiques et

leur persistance, et ôte de ce fait une part non négligeable de pertinence au rapport d'expertise. Il reproche par ailleurs à l'expert d'avoir refusé d'admettre comme diagnostic probable celui d'un état de stress post-traumatique, les explications fournies sur ce point n'étant pas convaincantes. Le recourant allègue que le docteur W_____ est le seul parmi les médecins psychiatres l'ayant examiné à nier l'existence d'un état de stress post-traumatique. Enfin, l'assuré se réfère à l'avis de son psychiatre traitant, le docteur Y_____, selon qui il est incohérent de faire état de facteurs antérieurs à l'accident susceptibles d'expliquer pour une part importante l'état psychique actuel de son patient ; selon ce médecin, l'état résulte de l'accident. Quant au rapport d'expertise établi par le professeur Z_____, le recourant s'étonne de la qualification mineure du traumatisme subi employée par le médecin. Ce nonobstant, il résulte de l'expertise que même si les facteurs neurologiques (et par conséquent somatiques) sont à l'arrière plan par rapport aux facteurs psychiques, il existe néanmoins un syndrome post-commotionnel s'ajoutant aux autres facteurs. Enfin, il mentionne que l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) lui a reconnu une invalidité totale à compter du 1^{er} juillet 2001 sur la base du rapport du professeur Z_____.

17. Dans sa réponse du 9 mars 2006, la SUVA a conclu au rejet du recours. Elle se réfère aux avis des docteurs Z_____ et A_____, selon lesquels les seules séquelles organiques liées à l'accident, si elles existent, sont minimes. Elle rappelle par ailleurs que tant le docteur M_____, spécialiste en neurologie, que les docteurs R_____ et S_____, de la CRR, ont également fait état d'un status neurologique dans les normes et d'une absence d'atteinte neurologique. En outre, la commotion cérébrale subie lors de l'accident du 14 juillet 2000 a été qualifiée de légère par les médecins, le score de Glasgow n'étant que de 15. Enfin, le traitement instauré par le docteur L_____ consistait principalement en des consultations psychiatriques, tandis que les médicaments se sont limités à des anti-dépresseurs et à des anxiolytiques. Enfin, les troubles organiques se sont dissipés rapidement, puisque le recourant a été capable de quitter l'hôpital le lendemain de son accident, puis de se rendre pendant plus d'un mois au Kosovo. A son retour, ce sont les troubles psychiques qui ont justifié l'arrêt de travail médicalement attesté par les docteurs N_____ puis L_____. La SUVA en tire la conclusion que les avis de tous les médecins ayant examiné l'assuré se recourent : le problème se situe au niveau psychique.

Contestant que l'accident subi par l'assuré puisse être qualifié de gravité moyenne à la limite de la catégorie des accidents graves, elle rappelle que la configuration des lieux (voie d'accès au parking souterrain en déclivité et en virage) et la vitesse autorisée par cette même configuration des lieux (10 km/h) ne permettent pas de reconnaître une gravité quelconque ou un caractère particulièrement impressionnant ou dramatique à l'accident, d'autant plus qu'aucun autre véhicule n'a été impliqué et que l'habitacle du gros monospace de l'assuré n'a guère été endommagé. Le témoin a par ailleurs également relativisé les circonstances, indiquant que l'assuré lui avait

répondu qu'il n'avait rien et qu'il paraissait parfaitement maître de la situation, gérant seul cet incident.

De même l'intimée nie que les lésions physiques de l'assuré aient été graves et propres à entraîner des troubles psychiques. Le traitement médical a concerné essentiellement les troubles psychiques eux-mêmes, tandis que les douleurs n'ont pu être objectivées. En outre, aucune erreur médicale n'a été commise et les principales difficultés rencontrées l'ont été en raison du manque de collaboration de l'assuré, de son refus de se soumettre à certains examens. Quant au degré et à la durée de l'incapacité, ils ne résultent pas des lésions organiques mais bien des troubles psychiques en eux-mêmes.

Enfin, la SUVA estime qu'il serait superfétatoire de mettre sur pied une nouvelle expertise psychiatrique, d'autant que l'accident remonte au mois de juillet 2000.

18. Dans sa réplique du 2 mai 2006, le recourant a maintenu sa position. Il se réfère au rapport d'expertise du professeur Z_____, relevant que selon ce dernier les traitements en cours (médicamenteux, physiothérapeutique et psychothérapeutique) doivent être poursuivis. Même le docteur W_____, dont il critique l'expertise, a affirmé que toutes les ressources thérapeutiques n'avaient pas été épuisées ; dès lors, toute décision d'attribution d'une éventuelle rente ou tout refus de l'allouer serait prématuré. Il allègue finalement n'avoir jamais rencontré le moindre trouble d'ordre psychique auparavant et produit une attestation médicale émanant d'un centre sanitaire d'Albanie où il a été vu le 1^{er} août 2000.
19. L'intimée a maintenu sa position dans sa duplique du 6 juin 2006. Elle s'étonne par ailleurs que l'assuré ne produise que maintenant une attestation datée du 28 août 2000 du centre sanitaire où il dit s'être rendu durant son séjour au Kosovo et dont elle relève qu'elle est curieusement rédigée en français.
20. Par courrier du 29 juin 2006, l'assuré a maintenu sa position en reprenant en substance les arguments déjà développés auparavant. Il a demandé, le 27 novembre 2006, à ce que le Tribunal procède à l'audition des docteurs B_____ et M_____.
21. Quant à l'intimée, elle a demandé par courrier du même jour que soient entendus les docteurs U_____ et W_____, en suggérant que les questions leur soient posées par écrit.
22. Les parties ont fait parvenir au Tribunal les questions qu'elles voulaient voir posées aux différents médecins concernés par courriers du 31 janvier 2007.
23. Dans son avis du 18 juin 2007, le docteur M_____, neurologue, a confirmé le contenu de sa lettre du 24 février 2003 adressée au conseil du recourant et, en particulier, l'existence d'une commotion cérébrale consécutive à l'accident du 14

juillet 2000, ainsi que le fait qu'un examen neurologique normal n'excluait pas un syndrome post-traumatique. Il a également déclaré partager l'opinion du professeur Z_____ relative à l'existence du diagnostic de syndrome post-commotionnel tardif et sévère avec troubles neuropsychologiques, céphalées, cervico-brachialgies et troubles visuels. En ce qui concerne la rente d'invalidité complète octroyée par les organes de l'AI, il a estimé que celle-ci était justifiée pour une part non négligeable par des facteurs neurologiques, même si des troubles psychiques étaient au premier plan. Il avait revu l'assuré en novembre 2004. Il était alors irritable, non examinable. Il se sentait toujours isolé, souffrait de son isolement tout en ne supportant pas l'entourage. Lors de la consultation d'octobre 2006, l'intéressé se plaignait de maux de tête, d'angoisses, d'énervements et l'examen neurologique était toujours fortement limité et peu informatif. Enfin, il pensait que des informations utiles et objectives pouvaient être obtenues des médecins psychiatres qui suivaient le patient.

24. En date du 21 juin, le docteur W_____, psychiatre, a adressé au Tribunal un complément d'expertise basé sur la lecture de son expertise et de celle des docteurs A_____ et Z_____. S'agissant de la qualification qu'il avait donnée à l'accident (accident mineur), il a exposé avoir voulu apprécier la gravité de ce dernier non pas au sens juridique, mais d'un point de vue médical. Précisant son opinion, il a expliqué que l'accident avait eu des conséquences médicales objectives peu importantes, hors de proportion avec les troubles subjectifs et psychiques majeurs que l'expertisé avait développés dans les mois et les années suivant l'accident. Il se rapportait aux éléments suivants : le recourant était sorti de lui-même de sa voiture, immédiatement après l'accident, et avait eu une conversation sensée avec une personne arrivée sur les lieux peu après l'événement ; il avait quitté l'hôpital à sa demande avant la fin du délai d'observation de 24 heures recommandé par les médecins ; deux semaines après l'accident, il s'était senti suffisamment bien pour entreprendre un long voyage en voiture d'une durée d'un mois, pour rendre visite à sa famille au Kosovo, en Albanie et en Macédoine ; sur le plan du diagnostic médical enfin, le recourant avait souffert de contusions au bras et à l'épaule gauches et d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC) jugé incertain ou léger par les deux neurologues l'ayant examiné. Le docteur T_____ (CRR) avait même relevé qu'il était difficile de dire, sur la base des renseignements disponibles, s'il y avait réellement eu un TCC et que s'il y en avait eu un, il n'avait pu être que léger. Quant aux experts neurologues, ils avaient parlé d'un traumatisme probablement mineur et retenu le diagnostic de syndrome de « coup du lapin », le TCC étant selon eux un trouble possible et associé.

Le docteur W_____ a expliqué que l'évaluation diagnostique s'était révélée difficile, en raison du caractère protéiforme des troubles et il a conclu à la probabilité des diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.10), agoraphobie avec trouble panique (F40.01) et syndrome post-commotionnel (F07.2). Les raisons pour lesquelles il avait écarté le diagnostic

d'état de stress post-traumatique étaient mentionnées dans son rapport aux pages 15 et 26. Selon le médecin il y a probablement "quelque chose de la névrose de rente", aussi appelée névrose d'assurance, névrose de compensation ou sinistrose et portant la dénomination de « majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques » par la CIM-10 dans la présentation très démonstrative que l'expertisé faisait de ses symptômes ; néanmoins, le médecin précise que la souffrance clinique de l'intéressé lui a paru assez authentique pour ne pas retenir ce diagnostic. Quant à la névrose de compensation, qui porte aujourd'hui le nom de trouble dissociatif, il l'a discutée dans son rapport (à la page 16), de même que les motifs qui lui ont fait préférer le diagnostic de trouble panique.

Répondant à la question de savoir quels étaient les facteurs étrangers à l'accident qui intervenaient dans le tableau psychique de l'assuré, il a mentionné tout d'abord la comorbidité psychiatrique : le trouble dépressif récurrent et l'agoraphobie avec trouble panique étaient déterminés avant tout par des facteurs endogènes et non pas par des événements extérieurs, y compris un accident ; ensuite, il a relevé le statut social et financier précaire de l'intéressé qui avait pu le fragiliser psychologiquement (longues périodes sans emploi entre 1996 et 2000) et la fragilité de sa personnalité (traits perfectionnistes et narcissiques ou éléments narcissiques et borderline selon les psychiatres des HUG et le psychiatre traitant) qui avaient probablement contribué à aggraver les troubles psychiques et à compliquer le retour à la vie active ; enfin, il a fait état des bénéfices moraux et financiers retirés du statut de « grand blessé » qui consistaient en l'explication la plus plausible du comportement de revendication de ce statut de manière spectaculaire et de la persistance, quatre ans après l'accident, de troubles subjectifs du type de ceux que l'on peut attendre dans les semaines et mois qui suivent un TCC, alors que les troubles organiques supposés être à l'origine de ces symptômes initiaux avaient largement disparus. Ces facteurs étrangers à l'accident jouaient selon le médecin un rôle largement prédominant sur les séquelles neurologiques de l'accident, dont les experts neurologues ont affirmé que, si elles existaient, elles étaient minimales.

Se prononçant sur l'expertise neurologique du professeur Z_____, il a exposé que ladite expertise n'avait pas mis en évidence d'atteinte neurologique, c'est-à-dire organique. Le diagnostic retenu était en réalité un diagnostic psychiatrique (la CIM-10 classait en effet le syndrome post-commotionnel dans la section des troubles psychiques ; le DSM-IV, généralement plus rigoureux dans ses critères, n'admettait quant à lui pas le syndrome post-commotionnel comme diagnostic reconnu et le plaçait dans les diagnostics demandant des études supplémentaires. Selon le docteur W_____, la gravité réelle du syndrome post-commotionnel était difficile à apprécier, car il s'agissait de manifestations essentiellement subjectives et il y avait incohérence entre les résultats de l'examen neurologique et ceux de l'examen neuropsychologique. A ce propos, il met en évidence que le recourant, lors de l'expertise neurologique, ne coopérait pas toujours bien à l'examen et exagérait manifestement ses symptômes ; les performances à l'examen

neuropsychologique, aggravées par rapport à un examen de 2002, n'étaient pas crédibles (l'examen neuropsychologique avait pour but de déceler les altérations des fonctions cognitives imputables à des atteintes organiques fines du cerveau ; or, la composante organique, si elle avait existé immédiatement à la suite du TCC, était devenue insignifiante en 2005, date de l'expertise). Tout ceci avait amené les experts à conclure que l'aggravation des troubles, leur sévérité de même que l'incohérence de certains résultats ne soutenaient par une origine organique, ni ne permettaient une quantification fiable des déficits. Lesdits résultats étaient, de l'avis du docteur W_____, également incompatibles avec une atteinte psychique, car aucune atteinte psychogène ayant valeur de maladie, en particulier les troubles anxieux et dépressifs dont souffrait l'assuré, ne se traduisait par les incohérences de comportement et de performances décrites dans l'expertise neurologique. En conclusion, il estimait que les manifestations du syndrome post-commotionnel étaient trop inconsistantes pour que celui-ci puisse être considéré comme réellement sévère.

S'agissant de la décision de l'OCAI, elle était conforme à son appréciation, puisqu'il avait conclu à une capacité de travail nulle et probablement de manière durable. Il reconnaissait la gravité des troubles psychiques, mais n'admettait la relation de causalité entre l'accident et lesdits troubles que pour une durée limitée de cinq ans. Ni la décision de l'OCAI, ni les conclusions de l'expertise neurologique de 2006 n'apportaient d'éléments de nature à changer ses conclusions ni à évaluer différemment la sévérité (médicale) de l'accident, étant donné qu'il avait précisé que ses conclusions valaient à condition que l'examen neurologique ne mette pas en évidence d'atteinte neurologique.

Finalement, le docteur W_____ a estimé que l'accident avait contribué au déclenchement des affections endogènes (trouble dépressif et trouble anxieux) dont souffrait le recourant, mais ne pouvait expliquer leur persistance. Lorsqu'un trouble psychique paraissait être imputable principalement à un événement, on admettait que le trouble proprement réactionnel était d'une durée limitée, en général de six mois à deux ans en cas de réaction dépressive prolongée. Dans le cas de l'expertisé, il avait élargi ce délai à cinq ans en raison de l'atteinte organique temporaire due au TCC. L'examen neurologique ayant démontré la disparition de toute atteinte neurologique significative, il ne voyait pas comment attribuer plus longtemps à l'accident du 14 juillet 2000 les troubles psychiques persistants.

25. Le docteur Y_____, psychiatre, a répondu aux questions du Tribunal par courrier du 25 juin 2007. Il a confirmé les deux lettres (11 août 2004 et 10 mai 2005) adressées au conseil du recourant et en particulier l'analyse du rapport d'expertise du docteur W_____. Il a également maintenu que l'état dépressif sévère, avec symptômes psychotiques et le trouble panique avaient été incontestablement provoqués par le traumatisme de l'accident et le syndrome post-commotionnel, étant précisé que ce qui avait vraiment engendré l'effondrement du

recourant – qui n'avait jamais présenté de pathologie psychiatrique auparavant - était le vécu dramatique et l'état post-traumatique conséquent à l'accident et provoqué objectivement par ce dernier.

Il n'avait pas objectivé d'incohérences entre la gravité des plaintes subjectives du patient et ses comportements, mais des incohérences du cours de la pensée, en tant que symptômes d'un trouble psychotique (hallucinations, idées délirantes).

Le médecin a exposé l'évolution de son patient, qu'il traite depuis janvier 2004. Selon lui, la prise en charge antérieure avait été déficiente, parcellaire, insuffisante, voire incohérente. Au début de son suivi, le recourant présentait un tableau clinique de décompensation psychique aiguë ; il était angoissé, déprimé, perdu, révolté contre les psychiatres et les autres médecins qui le bombardaient d'exams, de médicaments, d'expertises diverses et variées, sans que personne ne se préoccupe de prendre en charge la personne, de comprendre son état de désarroi, de détresse, son sentiment que personne ne l'écoutait, que l'on ne croyait pas à ses douleurs, à sa souffrance. Le patient faisait alors des crises de panique aiguës très fréquemment, mais était aussi au bord de la décompensation psychique d'allure psychotique paranoïaque. Le choix de la prise en charge psychothérapeutique intensive avait permis de calmer la peur et l'angoisse mieux que tout traitement pharmacologique, même si le spécialiste avait toujours prescrit des médicaments psychotropes. Aujourd'hui l'état dépressif avait bien évolué, mais persistaient les symptômes de comorbidité de l'ordre du trouble d'angoisse généralisé avec une composante psychotique, ce qui était fondamental pour expliquer la persistance de la pathologie psychique plus de 6 ans après l'accident, car si un état dépressif « simple » avait toutes les chances de guérir statistiquement en moins de 5 ans, un tel état compliqué par une comorbidité importante risquait de présenter une évolution bien différente, voire une chronicisation. Il estimait que la composante psychotique des symptômes apparus suite au traumatisme de l'accident était responsable d'une décompensation psychique de la personnalité du patient. Les effets de l'accident sur le plan psychique continuaient à se manifester et ils étaient en relation de causalité naturelle avec celui-ci.

L'évolution avait été lente, difficile, mais de plus en plus satisfaisante depuis 2006, la charge des médicaments psychotropes ayant été réduite, ce qui était un signe clinique objectif d'amélioration. Cependant, l'état psychique du patient restait très fragile : ce dernier réagissait encore trop à toute nuisance venant du monde extérieur, motif pour lequel il sortait le moins possible de chez lui (agoraphobie). Par ailleurs, même si c'était de façon moins grave et aiguë, les symptômes psychotiques persistaient avec une évolution vers l'état de délire chronique systématisé. Vu ce diagnostic d'évolution chronique, le docteur Y_____ envisageait un suivi psychothérapeutique à long terme, mais comptait, avec le temps, sur l'arrêt de toute médication psychotrope.

En conclusion, il affirmait que sans le traumatisme physique et psychique du 14 juillet 2000, l'intéressé n'aurait probablement jamais développé les troubles psychiques graves. La possibilité d'envisager une organisation de la personnalité genre borderline préexistante à l'accident ne permettait pas d'affirmer que celui-ci n'était pas la cause des troubles et n'était plus responsable des suites, même si, bien sûr, un accident de ce genre n'était en soi pas suffisant pour provoquer nécessairement chez tout le monde des effets aussi graves que dans le cas présent.

26. Le 9 juillet 2007, le professeur B_____, médecin chef du Service d'ophtalmologie des HUG, a confirmé les termes de son rapport relatif à la consultation donnée le 13 janvier 2003 au recourant. Il a précisé que la photophobie était un phénomène classiquement retrouvé chez les patients traumatisés. Par ailleurs, l'intéressé présentait des troubles visuels, expression d'une dysfonction vraisemblablement cérébrale postérieure, dont l'origine était possiblement perfusionnelle. Néanmoins, en raison du caractère intermittent, paroxystique, de certains troubles visuels mentionnés, un électroencéphalogramme (EEG) serait adéquat. Vu l'absence de notion de présence desdits troubles avant l'accident de 2000, au degré de la vraisemblance prépondérante, il admettait qu'ils étaient, avec un petit degré d'incertitude dû à la non-connaissance des résultats d'un éventuel EEG, la séquelle de l'accident.
27. Le docteur U_____, spécialiste en psychiatrie et médecin auprès de la CRR, s'est adressé au Tribunal par lettre du 8 août 2007. Il a confirmé la teneur de ses évaluations psychiatriques des 18 et 22 juillet 2002, ainsi que les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), trouble dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques (F32.4) et état de stress post-traumatique (F43.1). Ce dernier diagnostic avait été posé sur la base d'un événement traumatique déclenchant et de l'apparition dans les suites d'intrusions fréquentes (reviviscences de l'accident sous forme de cauchemars ou de flashbacks), d'hyperéveil (irritabilité, difficultés à se concentrer) et de symptômes assimilables à des conduites d'évitement (détachement ou « numbing », restriction des affects et de l'intérêt) qui se retrouvent tous à la relecture exhaustive du dossier. Toutefois, certains de ces symptômes participaient aussi du trouble dépressif et pouvaient lui être imputés, ce qui, avec le peu de sévérité des autres symptômes d'état de stress post-traumatique mentionnés, permettait d'affirmer que ce trouble ne dominait en rien le tableau psychiatrique ; son peu de gravité le positionnait à la limite inférieure du seuil diagnostic. Le docteur U_____ a expliqué que l'état de stress post-traumatique était une maladie de bon pronostic. Lorsque la symptomatologie persistait au-delà d'une année et que l'événement traumatique n'avait rien d'extraordinaire, comme cela était le cas ici, on devait évoquer des facteurs étrangers au trauma (traits de personnalité, contexte existentiel, facteurs sociaux et culturels), même si le plus souvent ils ne pouvaient être explicitement nommés. Seuls des états de stress post-traumatique gravissimes, bien documentés et constituant le diagnostic psychiatrique principal après un trauma sortant de

l'ordinaire donnaient une vraisemblance prépondérante au lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et le trouble. Or, ces conditions complètement exceptionnelles n'étaient manifestement pas réalisées dans le cas d'espèce. Le médecin a encore mentionné que l'état de stress post-traumatique, tel qu'il se présentait chez le recourant lors de l'évaluation qu'il avait pratiquée, n'avait pas de caractère invalidant à lui seul. Il pouvait par contre affirmer qu'il n'y avait pas de trouble de conversion au sens des ouvrages diagnostics de référence modernes.

En ce qui concerne les facteurs étrangers à l'accident qui intervenaient dans le tableau psychique de l'assuré, il a relaté un certain degré de désinsertion professionnelle ; la notion de caractéristiques psychotiques au trouble dépressif parlait aussi indiscutablement en faveur de traits de personnalité pathologiques, puisqu'elles n'apparaissaient pas chez n'importe quel patient. Ces facteurs étrangers jouaient un rôle prépondérant dans la sévérité et la durée inhabituelle de l'ensemble des troubles psychiatriques constatés, puisqu'ils étaient survenus après un accident qui était tout au plus, selon l'expert, de gravité moyenne.

28. Enfin, le professeur Z_____, s'est prononcé en date du 14 août 2007 de la façon suivante. Il a premièrement confirmé le rapport d'expertise neurologique établi en collaboration avec le docteur A_____ le 17 février 2005, ainsi que le diagnostic de syndrome post-commotionnel tardif et sévère, tout en précisant qu'il s'agissait essentiellement d'un syndrome subjectif, sans anomalie objective importante décelable.

La qualification de minime, utilisée dans le rapport d'expertise, se rapportait aux séquelles organiques liées à l'accident. S'agissant d'un syndrome séquellaire essentiellement subjectif, où aucune anomalie organique sous-jacente significative n'avait été retrouvée, les séquelles objectives devaient être qualifiées de minimales, les séquelles subjectives initiales et leur persistance étant bien plus marquées.

Le médecin a mentionné que le dossier du patient faisait état d'un traumatisme crânien mineur en 1997, qui avait été suivi de nombreuses plaintes d'origine neurologique, cardiologique et rhumatologique jusqu'en 1998, pour lesquelles aucun substrat organique n'avait été mis en évidence.

Quant à la consultation de neurologie du comportement du 21 février 2005, elle avait montré des incohérences ne soutenant pas une origine organique au tableau présenté. Il s'agissait en particulier d'échecs majeurs à des tests spécifiquement utilisés pour détecter des incongruences avec le reste des résultats.

Pour conclure, le professeur Z_____ a déclaré que la persistance d'un syndrome subjectif d'une telle intensité après un traumatisme crânien dont les séquelles objectives n'étaient pas décelables était à mettre en relation avec la personnalité et l'éventuelle pathologie psychiatrique évoquée dans les dossiers ;

celle-ci était à même d'entraîner la prolongation et l'enkystement de symptômes dont l'évolution était habituellement régressive après un accident de ce type.

29. Par écriture du 31 octobre 2007, le recourant a, en substance, relevé que son incapacité de travail totale ne fait l'objet d'aucune contestation. Par contre, c'est à tort qu'elle est attribuée exclusivement, par l'intimée, à des facteurs psychiques. L'accident du 14 juillet 2000 est la cause unique de l'invalidité totale et permanente qu'il présente et, dès lors, le lien de causalité naturelle doit être reconnu sans limitation dans le temps. Le recourant réitère les arguments déjà développés et précise qu'eu égard à la persistance de troubles d'ordre somatique avérés par les docteurs Z_____, B_____ et M_____, il était impossible d'appliquer les principes jurisprudentiels relatifs à la causalité adéquate en matière de troubles psychiatriques, quand bien même les affections psychiatriques qu'il présente sont au premier plan. Il se réfère encore à l'avis de son ancien médecin traitant, le docteur L_____, qui relatait en 2000 des troubles d'ordre somatique, ainsi qu'une perte de connaissance de plusieurs heures sur commotion cérébrale. Quoiqu'il en soit, l'examen des critères posés en matière de causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques sont remplis ; il a repris à cet égard sa précédente argumentation. Quant au rapport d'expertise du docteur W_____ et à son avis complémentaire présenté au Tribunal, le recourant, tout en persistant à nier toute valeur probante aux conclusions de ce médecin, fait valoir plusieurs erreurs de fait importantes relatées dans ledit rapport d'expertise ; il s'insurge contre les conclusions de ce médecin dont il découle que sans l'accident du 14 juillet 2000, il serait de toute manière devenu invalide à 100 %, comme l'a admis l'OCAI. Une telle affirmation est particulièrement critiquable, vu qu'elle est basée sur un état antérieur supposé en réalité totalement inexistant et que l'expert ne s'était même pas donné la peine d'établir un état de faits précis ni sur ce soi-disant état préexistant ni sur la vie que menait le recourant avant l'événement.

A ce propos, le recourant produit plusieurs pièces établissant notamment qu'il a travaillé en qualité de voyageur de commerce de 1992 jusqu'en juin 1998, moment auquel l'entreprise qui l'employait a fait faillite. Il réalisait alors un revenu confortable, lui ayant permis d'obtenir des prestations de l'assurance-chômage fondées sur un gain assuré de 90'936 fr. Durant la période de chômage, il a continué à travailler, à temps partiel (gain intermédiaire), dans le même type d'activité que précédemment, jusqu'à fin juin 2000.

Enfin, il se réfère à l'avis de son psychiatre traitant, le docteur Y_____, et s'en remet à l'appréciation du Tribunal quant à la nécessité de diligenter une nouvelle expertise psychiatrique.

30. L'intimée, dans sa prise de position du 31 octobre 2007, a fait remarquer que les réponses apportées par les différents médecins consultés venaient renforcer la thèse selon laquelle les troubles de l'assuré étaient de caractère non objectivable, que les

troubles psychiques étaient prédominants et d'étiologie malade. Le seul avis contraire du docteur Y_____, médecin traitant du recourant, ne saurait se voir accorder pleine valeur probante. Elle persiste donc dans ses conclusions et précédentes écritures et se réfère également à l'avis des nombreux autres médecins qui se sont prononcés en la cause (docteurs R_____, S_____, T_____, C_____, Q_____, A_____, etc.).

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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) 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. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA, et compte tenu de la suspension des délais entre le 18 décembre et le 1^{er} janvier inclusivement), le recours est recevable.
3. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut prétendre des prestations de l'assurance-accidents, cas échéant dans quelle mesure, au-delà du 30 juin 2005. Singulièrement, il s'agit de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles présentés à cette date et l'accident du 14 juillet 2000.
4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

b) En matière de lésions du rachis cervical par accident du 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 telles 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). En outre, l'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après une période de latence (par exemple : vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (cf. arrêts U 580/06 du 30 novembre 2007 et U 215/05).

Dans un arrêt du 19 février 2008 (U 394/06) destiné à la publication, le Tribunal fédéral a précisé la jurisprudence en matière d'accidents de type « coup du lapin » et lésions similaires. Il ressort de cet arrêt que la causalité naturelle ne peut être admise que dans la mesure où elle se fonde sur des données médicales fiables, soit des constatations de spécialistes. Les circonstances de l'accident et les douleurs dont se plaint l'assuré doivent être documentés de la manière la plus précise possible ; ainsi y a-t-il lieu d'interroger l'assuré sur son état antérieur (par exemple à l'aide du questionnaire préparé par l'Association suisse d'assurance lors de la première consultation médicale après un traumatisme d'accélération crânio-cervical). Les déclarations de l'assuré sur les circonstances de l'accident et sur les douleurs doivent cependant être examinées de manière critique à l'aune d'exigences élevées et des autres données relatives au déroulement de l'accident (rapport de police, etc.) et de ses suites. Si le diagnostic de traumatisme cervical n'est qu'une suspicion, le médecin doit l'indiquer. Même si le médecin estime qu'il s'agit bien de lésions à la suite d'un traumatisme d'accélération crânio-cervical, il faut encore se fonder sur les circonstances de l'accident et sur l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance pour allouer les premières prestations d'indemnités journalières et de frais de traitement (consid. 9). Dans un grand nombre de cas concernant ce type d'accident, on constate une amélioration sensible après peu de temps. Par contre, lorsque les douleurs sont durables et se chronicisent, se pose la question du droit à une rente. Dans cette hypothèse, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise médicale multidisciplinaire. Il en va de même si un tel processus apparaît déjà peu de temps après l'accident (consid. 9.3). Précisément, une telle

mesure d'instruction doit être ordonnée si les douleurs persistent six mois après le traumatisme et confiée à des spécialistes et comporter des examens neurologique, orthopédique, psychiatrique et, cas échéant, neuropsychologique. Pour certaines questions, elle devra être complétée par un examen otoneurologique, ophtalmologique ou autre. L'expert devra prendre en compte les documents recueillis relatifs aux circonstances de l'accident, les premières constatations médicales et le développement jusqu'au jour de l'expertise. Seules seront considérées les déclarations convaincantes et les plaintes crédibles de l'assuré. Par ailleurs, l'expert posera un diagnostic différentiel entre les troubles de nature somatique et ceux de nature psychique, étant précisé que le seul fait qu'il y ait des circonstances sociales ou socioculturelles ne suffit pas à nier la relation de causalité (consid. 9.5).

c) Dans le cas d'espèce, l'intimée a donné mandat au docteur W _____ de procéder à une expertise psychiatrique sur la personne du recourant. La Juridiction de céans constate que le rapport y relatif, rendu par un spécialiste reconnu en date du 7 juin 2004, a été établi sur la base de l'intégralité du dossier de l'intéressé et de documents complémentaires que l'expert a lui-même obtenus, ainsi que d'une anamnèse détaillée. Les constatations cliniques et les plaintes du recourant sont documentées, les conclusions auxquelles le médecin arrive sont claires et motivées de façon particulièrement complète et précise, de sorte qu'il convient de s'y référer.

Le recourant a également été soumis à une expertise neurologique (complétée par un bilan neuropsychologique) confiée au professeur Z _____. Le rapport de ce médecin, daté du 17 février 2005, emporte également pleinement la conviction, dès lors qu'il remplit l'ensemble des critères posés par la jurisprudence (ATF 125 V 352 ss consid. 3) à ce propos.

On relèvera encore que l'intimée a également requis un avis multidisciplinaire de la CRR (avis sur les plans ostéoarticulaire, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique ; rapport du 3 septembre 2002).

Dans ces circonstances, il y a lieu de considérer que l'administration a présentement mis en œuvre la globalité des mesures d'instruction préconisées par la jurisprudence, d'une part. D'autre part, il n'est point nécessaire de faire procéder à une nouvelle appréciation médicale par voie d'expertise.

L'ensemble des ces documents fait état d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC ; qualifié certes parfois seulement de possible). Ils sont unanimes quant à l'absence de déficit fonctionnel organique et donnent suffisamment d'éléments pour que le Tribunal de céans retienne que l'intéressé présente un tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » ou d'un traumatisme analogue. En particulier, le recourant a immédiatement signalé après l'accident des maux de tête et des douleurs à la nuque et dans l'épaule ; il a par la suite développé un cumul de

plaintes (vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, notamment). Enfin, les plaintes ont trouvé une justification, pour leur plus grande part en tout cas, dans des diagnostics scientifiquement reconnus et déclarés, du moins en partie et durant une certaine période, comme étant la conséquence de l'accident. Dès lors, il convient d'appliquer présentement la jurisprudence en matière de « coup du lapin » ou de traumatisme analogue pour juger du lien de causalité entre l'événement incriminé, soit l'accident du 14 juillet 2000, et les atteintes à la santé présentées par le recourant.

Le lien de causalité naturelle a été nié par le docteur W_____ au-delà d'une période de 5 ans. Cette position n'est pas partagée unanimement par les praticiens ayant eu à connaître du dossier de l'intéressé. Cela étant, il n'est pas nécessaire de trancher la question de la réalisation d'un lien de causalité naturelle au-delà du 30 juin 2005, lien dont on peut au demeurant raisonnablement douter qu'il fut réalisé, étant donné que les critères permettant la reconnaissance d'un lien de causalité adéquate font défaut pour les motifs qui suivent.

5. a/aa) En ce qui concerne la causalité adéquate, elle est donnée si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 110 consid. 3a, 123 V 98 consid. 3, 122 V 415 consid. 2c).

En présence de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (cf. SVR 1995 UV n 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral. En effet, lorsque l'existence d'un tel traumatisme est établie, il faut examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b, sans qu'il soit 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 n° U341 p. 408 consid. 3b). En revanche, dans les autres cas, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité doit se faire sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa (RAMA 2002 n° U 470 p. 531 consid. 4a).

Si les lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan par rapport aux problèmes d'ordre psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique (ATF 123 V 99 consid. 2a ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531 consid. 4a). Ceci vaut lorsque le problème psychique apparaît prédominant directement après l'accident ou encore lorsqu'on peut retenir que durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation, les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance. En ce qui concerne les troubles psychiques apparaissant dans de tels cas, il ne doit pas s'agir de simples symptômes du traumatisme vécu, mais bien d'une atteinte à la santé (secondaire) indépendante, la délimitation entre ces deux situations devant être faite notamment au regard de la nature et de la pathogenèse du trouble, de la présence de facteurs concrets qui ne sont pas liés à l'accident et du déroulement temporel (RAMA 2001 n° U 412 p. 79).

a/bb) Les diagnostics posés par les experts sont tous, quoi qu'en dise le recourant, de nature psychiatrique. En effet, et comme cela a été exposé de façon circonstanciée par le docteur W_____, le diagnostic de syndrome post-commotionnel est également un diagnostic entrant dans ladite catégorie.

Il résulte de la lecture du dossier médical de l'intéressé que, si les troubles psychiatriques ne sont pas apparus directement après l'accident, ils relèvent toutefois les troubles physiques au second plan dans une analyse globale de l'évolution de ces derniers. En effet, non seulement les troubles psychiques ont été diagnostiqués très rapidement (environ un mois et demi après l'événement traumatique), mais ils ont pris une ampleur telle qu'ils ont rapidement nécessité des traitements ad hoc et, surtout, des hospitalisations en milieu spécialisé. La totalité des médecins consultés a d'ailleurs relevé l'importance des affections d'ordre psychique et leur prédominance sur le tableau clinique. Ces troubles, constitutifs d'atteintes à la santé indépendantes (trouble panique avec agoraphobie, syndrome post-commotionnel, trouble dépressif récurrent, voire même état de stress post-traumatique), ont certes été déclenchés par l'accident, mais leur importance, leur prédominance et leur intensité relèvent également de facteurs extérieurs (cf. expertise du docteur W_____), telles la constitution de personnalité du recourant, sa situation au moment des faits, etc. En pareilles conditions, le lien de causalité adéquate doit être apprécié en regard des principes applicables en cas de troubles du développement psychique et non en application de la liste des critères dressée en cas de suites d'un traumatisme de type « coup du lapin ».

b/aa) Afin de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles psychiques développés ensuite par la victime, la jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ;

les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, 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.

b/bb) Présentement, tant le recourant que l'intimé ont qualifié à juste titre l'accident de moyenne gravité. Leurs avis divergent toutefois en ce sens que l'assuré estime que l'événement traumatique se situe à la limite des accidents graves.

On ne saurait suivre une telle affirmation, cette dernière étant fondée sur la perception des faits par le recourant lui-même : évitement d'un piéton dont la présence n'a pu être démontrée d'une quelconque manière, croyance erronée de d'avoir tué ledit piéton, etc. Quant au dégât total du véhicule démontrant la grande violence du choc, il convient de relativiser les faits. Le véhicule du recourant, assurément endommagé de façon importante, était pourtant réparable. Le dégât total n'est en fin de compte dû qu'à une question d'indemnisation, la valeur des travaux de réparation étant disproportionnée comparativement à la valeur résiduelle de la voiture qui comptabilisait plus de 200'000 km. En outre, la violence du choc, telle que l'entend le recourant, n'est de loin pas établie. C'est bien plutôt l'inverse qui doit être retenu, vu l'ensemble des circonstances : le recourant roulait à faible allure selon ses dires et la vitesse était limitée à 10 km/h en raison de la configuration des lieux, l'airbag ne s'est pas déclenché et au moment où le témoin est arrivé sur les lieux, le recourant ne montrait aucun signe de choc. Enfin, la perte de connaissance alléguée ne repose sur aucun document médical probant. Les seuls avis en faisant état sont en réalité basés sur les déclarations (tardives) de l'intéressé ; en particulier, l'avis de sortie des HUG, qui ont assuré la prise en charge en urgence, ne mentionne pas de perte de connaissance, mais un Glasgow confinant à la normalité. L'accident n'a d'ailleurs été annoncé à l'assurance qu'après une période de presque deux mois et n'a engendré une incapacité de travail qu'à compter du 30 août 2000. Le recourant n'a pas non plus été empêché de passer un mois en vacances en famille. A ce propos, l'attestation du Centre sanitaire de Golem du 28 août 2000, produite presque 6 ans après son établissement, ne permet pas une interprétation différente. En effet, l'intéressé n'a pas - et ce sur une période relativement longue - fait état de problèmes particuliers durant ses vacances familiales. A cet égard, on peut rappeler qu'il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c). De surcroît, le contenu de ladite attestation, si tant est que l'on puisse lui accorder un quelconque crédit au vu des circonstances troubles qui l'entourent (production tardive, rédaction en langue française sur un papier sans en-tête, signatures illisibles), vient démentir la thèse de l'intéressé selon laquelle il aurait été empêché de se rendre dans sa famille pour y passer les vacances prévues. En effet, les

rédacteurs de l'avis ne font état d'aucun traitement prolongé sur place ni impossibilité de poursuivre des vacances et fixent la date de la consultation à 15 jours après le départ de l'assuré de Suisse. Enfin, on peut également se poser la question de savoir pour quel motif le recourant a consulté à Golem, station balnéaire albanaise qui se situe sur la côte adriatique à l'écart de toutes les voies de communication directes tant vers le Kosovo que de la Macédoine, où il alléguait vouloir se rendre. L'interruption alléguée du séjour audit endroit pour s'y faire soigner, empêchant la poursuite de la route en direction des pays précités et la visite de la famille, n'est donc pas plausible.

Il résulte de ce qui précède que l'accident du 14 juillet 2000 doit être qualifié de moyennement grave à la limite des accidents de peu de gravité.

c/aa) En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Pour admettre le rapport de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, 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 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 soit admis. Pour évaluer le degré de gravité de l'accident, 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 (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409; cf. également FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-

accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., no 89 ss).

c/bb) En l'occurrence, le traitement médical doit effectivement être considéré comme particulièrement long, mais en regard uniquement des troubles psychiques. Par ailleurs, le recourant fait part de douleurs physiques très fortes. Pour autant, ces éléments ne suffisent pas à admettre le rapport de causalité litigieux. Les douleurs physiques ne sont motivées par aucun substrat organique et ont été assimilées à des somatisations. Aucune incapacité de travail n'est au demeurant justifiée par des troubles physiques ; elle repose uniquement sur les problèmes psychiques. Les douleurs relèvent donc de la sphère psychique et leur traitement également. On ne voit pas en quoi ledit traitement aurait été entaché d'erreurs médicales ni de complications particulières. Il est, cela est vrai, compliqué par les interférences des diverses pathologies entre elles, mais aussi par le refus du recourant de se soumettre à un traitement adéquat rapidement (refus de la prise en charge psychiatrique dans un premier temps, attitude négative face à une modification de la médication inefficace notamment). Enfin, il sied de relever que les circonstances de l'accident n'étaient pas objectivement dramatiques ni impressionnantes.

Vu ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme à ses prestations au 30 juin 2005. Le recours se révèle par conséquent mal fondé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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