



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2272/2023

ATAS/569/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 4 août 2025

Chambre 8

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Stéphane GRODECKI, avocat

contre

VISANA SERVICES SA

intimée

Siégeant : Aliénor WINIGER, présidente

EN FAIT

- A. a.** A_____ (l'assuré ou le recourant), né le _____ 1988, était employé auprès de B_____ en qualité d'agent de sécurité. À ce titre, il était assuré auprès de VISANA SERVICES SA (ci-après : VISANA ou l'intimée) contre le risque d'accident.
- b.** Le 22 avril 2017, alors qu'il était en service, l'assuré a fait l'objet d'une agression, sous forme d'un coup de poing au niveau du visage (mâchoire), l'ayant fait chuter au sol en se cognant violemment l'arrière de la tête, avec perte de connaissance et une amnésie circonstancielle.
- B. a.** Le lettre de sortie du 26 avril 2017, établie par le service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), attestait d'un séjour hospitalier du 22 avril au 26 avril 2017 au sein du service des urgences, puis du service de neurochirurgie des HUG. Le diagnostic principal consistait en une hémorragie sous-arachnoïdienne temporale droite, et les diagnostics secondaires, notamment, une lame d'hématome sous dural frontal inférieur droite, une fracture verticale de l'os occipital, une contusion intraparenchymateuse temporo-polaire droite et des plaies occipitales et mentonnières. Le CT scan mettait en évidence les diagnostics mentionnés. Le patient présentait une amnésie rétrograde de plusieurs heures. Il rapportait des vertiges rotatoires et des céphalées frontales modérées. Le suivi à la sortie prévoyait un CT scan de contrôle et une consultation neuropsychologique si non-évolution du ralentissement psychomoteur.
- b.** Le 27 mai 2017, le docteur C_____, médecin chef de clinique au sein du service de neurochirurgie des HUG a attesté d'une évolution favorable avec des vertiges en amélioration, bien que persistants. Le CT Scan mettait en évidence une résorption complète de l'hémorragie sous-arachnoïdienne temporale droite et aucun signe d'hématome sous-dural chronique. Le suivi neurochirurgical était arrêté dès alors.
- c.** Le 21 août 2017, le docteur D_____, médecin généraliste, a attesté que l'assuré présentait des vertiges rotatoires brefs, répétitifs, assez épuisants, un syndrome subjectif des traumatisés crâniens avec asthénie importante et dépression réactionnelle. Il n'était pas en capacité de reprendre une activité professionnelle.
- d.** Le 31 août 2017, le docteur E_____, médecin généraliste, a attesté que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas de travailler. Il présentait un syndrome subjectif des traumatisés crâniens avec une dépression nerveuse réactionnelle avec des idées suicidaires et une asthénie marquée, des vertiges positionnels et des cervicalgies chroniques.
- e.** Le 14 décembre 2017, le docteur F_____, médecin ORL, indiquait que l'assuré présentait une perte de goût et de l'odorat depuis son traumatisme, et qu'il s'agissait des probables séquelles traumatiques par cisaillement des fibres olfactives au niveau de la lame criblée. Les chances de récupération étaient faibles.

f. Le 5 mars 2018, l'unité d'accueil et d'urgences psychiatriques des HUG a attesté d'une intervention psychiatrique d'urgence, suite à une crise d'angoisse. À son arrivée, le précité était tendu et angoissé, avec agitation psychomotrice. Il décrivait une symptomatologie anxio-dépressive suite à son accident (flashbacks, insomnie, perte d'appétit, anhédonie, hypervigilance, anxiété, etc.) pour laquelle il bénéficiait d'un suivi régulier par un psychiatre privé. Il rapportait des comorbidités liées à son accident, soit des vertiges, douleurs cervicales, perte de l'odorat.

g. Le 28 mars 2018, dans le cadre d'un examen neuropsychologique établi par le service de neurologie des HUG, il était relevé que l'évaluation neuropsychologique mettait en évidence un fonctionnement cognitif globalement superposable à celui de 2017, avec au premier plan une faiblesse attentionnelle se répercutant à présent plus discrètement sur le fonctionnement mnésique, et sur le plan exécutif, un défaut de contrôle inhibiteur isolé. Cette symptomatologie cognitive légère était à corrélérer aux données radio-cliniques, en particulier aux symptômes émotionnels et anxieux, et de possible stress post-traumatique suggéré par le questionnaire PTSD.

h. Le rapport de consultation ambulatoire établie par le service de neurorééducation des HUG le 21 novembre 2018, indique que l'assuré présentait, plus d'un an et demi après le traumatisme crânio-cérébral, de nombreuses gênes et plaintes, soit notamment des vertiges non directionnels sans qu'une atteinte vestibulaire ne soit confirmée ou exclue, une fatigue et fatigabilité importante survenant après toute activité physique, mentale ou sociale, une hypersomnie, une anxiété et un stress continu avec évitement social, pour lequel un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique a été retenu, avec traitement de Paroxetine, une anosmie, des douleurs cervicales, probablement dans le contexte de la fracture verticale décrite dans les rapports neurochirurgicaux initiaux. Il présentait de multiples plaintes chronifiées après un traumatisme crânio-cérébral, notamment une fatigue et une fatigabilité importante, des vertiges, une hypersomnie et une anosmie. Il s'agissait de conséquences et plaintes typiques et fréquentes après un traumatisme cranio-cérébral, qui corrôlaient bien avec l'imagerie disponible. Il était mentionné que l'incapacité professionnelle était probablement à long terme.

i. Le 4 février 2019, l'assuré a effectué une polysomnographie dont il est ressorti qu'il présentait un syndrome d'hypopnées obstructives modérées, avec mouvements des jambes lors de reprises respiratoires, et qu'il lui était proposé de bénéficier d'une approche cognitivo-comportementale de ses cauchemars.

j. La lettre de sortie du 17 juin 2019 établie par le département de médecin de premier recours HUG, a attesté d'un séjour hospitalier du 8 mai 2019 au 29 mai 2019 au sein de la Clinique de Montana. Le diagnostic principal consistait en des troubles neurocognitifs en lien avec une commotion cérébrale majeure, avec comme comorbidités un trouble lié à un stress post-traumatique, des vertiges et un syndrome d'apnées du sommeil appareillé.

k. Le 3 juin 2019, dans le cadre des renseignements médicaux adressés à l'OCAS, le docteur G_____ relevait que son patient présentait une évolution stationnaire depuis septembre 2018, avec des symptômes dépressifs toujours présents comme les idées noires et parfois les idées suicidaires, l'agoraphobie, la labilité émotionnelle importante et la pauvre gestion de la colère, les troubles du sommeil et les cauchemars, ainsi que des difficultés de concentration.

Les limitations fonctionnelles retenues étaient la diminution de la concentration, la diminution de l'attention spontanée, les idées noires envahissantes, l'agoraphobie et les phénomènes de réviviscence post-traumatique qui l'empêchait de sortir de la maison. En raison des troubles du sommeil et de l'asthénie, l'assuré n'arrivait pas à organiser sa journée. Sa capacité de travail était de 0%.

l. Dans un rapport d'évaluation des urgences psychiatriques du 10 décembre 2020, l'unité d'accueil et d'urgence psychiatrique des HUG a attesté d'une consultation le 8 décembre 2020 dans un contexte de risque hétéroagressif et scarification avec un transfert au à l'Hôpital du CHAL (FR).

m. L'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire neurologique, psychiatrique et neuropsychologique (« Évaluation interdisciplinaire ») avec évaluation en ateliers professionnels au sein de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) par le docteur H_____ spécialiste FMH en neurologie, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le Docteur J_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et Madame K_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP.

Dans leur rapport d'expertise du 2 août 2021, les experts ont retenu les diagnostics incapacitants d'anosmie post-traumatique, état de stress post-traumatique F43.1, épisode dépressif moyen F32.1, trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif décompensé (F60.30). Ils ont estimé que les vertiges subjectifs avec fatigue n'étaient pas invalidants (Évaluation interdisciplinaire, p. 14).

Bien que ceux-ci ne soient pas mentionnés dans les diagnostics, il était relevé que les troubles cognitifs, soit les légers troubles attentionnels et le discret fléchissement exécutif, étaient démontrés par IRM cérébrale (p.14).

Il était toutefois également mentionné que l'ensemble des plaintes du patient trouvaient leur origine dans une problématique purement psychiatrique (p. 13).

Bien que l'anosmie fût mentionnée parmi les diagnostics incapacitants, il était indiqué qu'elle n'impliquait pas de limitation (p. 13).

Les experts estimaient que les troubles psychiatriques, sans substrat organique, prédominaient nettement le tableau à 95%.

Les diagnostics incapacitants et les troubles cognitifs étaient en lien de causalité avec l'événement du 22 avril 2017 avec un degré de vraisemblance prépondérante.

Les experts mentionnaient que, compte tenu de la persistance des troubles psychiatriques, et notamment une décompensation du trouble de la personnalité, l'événement assuré avait causé une aggravation durable de l'état de santé.

- C. a.** Par décision du 6 mars 2023, VISANA a nié la causalité adéquate entre l'accident du 22 avril 2017 et les troubles psychiques et neuropsychologiques, et a mis fin aux prestations au plus tard au 2 août 2021. S'agissant de l'anosmie post-traumatique, les prestations provisoires étaient également interrompues avec effet au 2 août 2021. Le droit à la rente invalidité était nié et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était fixé sur la base d'un taux de 5%. Elle s'est fondée sur certaines considérations de l'expertise pour nier la causalité adéquate entre les atteintes du recourant et l'événement assuré.
- b.** Le 3 avril 2023, l'assuré s'est opposé à cette décision par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à l'octroi d'une rente entière et une IPAI à 90%.
- c.** Par décision sur opposition du 2 juin 2023, VISANA a rejeté l'opposition, en se fondant sur une absence de causalité adéquate des atteintes psychiatriques du recourant avec l'événement assuré.
- D. a.** Par acte du 5 juillet 2023, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente entière, à la fixation du taux de l'indemnité pour perte de l'intégrité à 90%. Subsidiairement, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Ce faisant, le recourant s'est plaint d'une violation de son droit d'être entendu, d'une mauvaise application de la méthode de détermination du rapport de causalité adéquate entre ses atteintes et l'accident. Il s'est essentiellement fondé sur les conclusions du rapport d'expertise, les avis de ses médecins traitants concernant sa capacité de travail, ainsi que la décision de l'OAIE.
- b.** Dans sa réponse du 6 novembre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, contestant notamment un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles présentés par le recourant, lesquels ne seraient par ailleurs pas attribuables de manière crédible au tableau clinique typique d'un TCC. Subsidiairement, elle contestait la valeur probante de l'expertise psychiatrique réalisée par la CRR et concluait à la mise en place d'une nouvelle expertise.
- c.** Dans leur réplique et duplique, les parties ont essentiellement persisté dans leurs conclusions.
- d.** Par courrier du 7 avril 2025, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire et leur a communiqué le nom des experts pressentis, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de leur poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
- e.** Le 9 avril 2025, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre des experts ni de question complémentaire à poser.

f. Par courrier du 10 juillet 2025, l'intimée a formulé ses observations s'agissant des questions de la mission d'expertise et a sollicité des modifications de celle-ci.

EN DROIT

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

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

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

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (art. 82a LPGA a contrario).

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

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

4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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 condition est réalisée 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

5. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5).

En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

6. En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas. Cette question doit être examinée de manière prospective. La clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les

troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références).

7. Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat. En revanche, il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées au moyen d'une expertise psychiatrique concluante (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références).

Par conséquent, si le juge des assurances sociales - saisi d'un examen du lien de causalité adéquate à l'égard de troubles psychiques alors que la question de la causalité naturelle a été laissée ouverte -, parvient à la conclusion que l'appréciation de l'assureur-accidents est erronée sur un ou plusieurs critères et que l'admission du lien de causalité adéquate pourrait entrer en considération, il doit, avant de statuer définitivement sur ce dernier point, instruire ou faire instruire par l'assureur-accidents les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle (ATF 148 V 138 consid. 5.5).

8. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. 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 (par 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 (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5).

Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (cf. ATF 148 V 301 consid. 4.3.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références).

La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février

2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

9. Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établi l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa):

- 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. De manière générale, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et la référence). 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb).

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

Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au *statu quo sine* en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir - au degré de la vraisemblance prépondérante - l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1. et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).
12. Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3).

Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en oeuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

13. En l'occurrence, les parties contestent, chacune partiellement, la validité de l'expertise de la CRR.

À cet égard, comme il a été relevé ci-avant, certaines observations des experts apparaissent effectivement contradictoires, notamment s'agissant du caractère incapacitant ou non d'un diagnostic et des troubles cognitifs en lien ou pas avec un substrat organique. Ceci explique que l'interprétation des parties diverge sur le sens qu'il convient d'y accorder.

Les parties estiment, pour des motifs divergents, que la mise en place d'une nouvelle expertise se justifie. Le recourant, qui a contesté notamment la présence de facteurs constitutionnels liés à sa personnalité, l'absence de substrat organique évoquée par les experts et l'absence de limitation neurologique, a conclu, subsidiairement, à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée. L'intimée estime, pour sa part, que l'évaluation psychiatrique réalisée par la CRR dans le cadre de l'expertise n'est pas suffisamment complète, détaillée, et motivée pour se voir reconnaître une pleine valeur probante s'agissant des atteintes psychiatriques présentées par le recourant.

La lecture de l'évaluation de la CRR relève des incohérences qui ne permettent pas, effectivement, de statuer sur le cas d'espèce de manière conforme à la jurisprudence rappelée ci-avant.

Il s'avère ainsi nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire sur le plan neurologique, psychiatrique et neuropsychologique.

14. Cette expertise sera confiée à l'Unité d'expertises médicales du L_____, Lausanne. La Doctoresse M_____, spécialiste FMH en médecine interne, sera en charge du dossier. Le consilium de neurologie sera confié au Docteur N_____, spécialiste FMH en neurologie. Le consilium en psychiatrie sera réalisé par la Doctoresse O_____, spécialiste en psychiatrie, et le consilium de neuropsychologie sera réalisé par Madame P_____, neuropsychologue FSP

Il sera partiellement donné suite aux observations de l'intimée s'agissant du questionnaire d'expertise.

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

Préparatoire :

- I. Ordonne une expertise médicale neurologique et psychiatrique, accompagnée d'un bilan neuropsychologique. La confie à l'Unité d'expertises médicales du L_____, Lausanne. La Doctoresse M_____, spécialiste FMH en médecine interne, sera en charge du dossier. Le consilium de neurologie sera confié au Docteur N_____, spécialiste FMH en neurologie. Le consilium en psychiatrie sera réalisé par la Doctoresse O_____, spécialiste en psychiatrie, et le consilium de neuropsychologie sera réalisé par Madame P_____, neuropsychologue FSP

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, y compris avant l'accident.
- C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Procéder à un bilan neuropsychologique :
- E. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivantes :
 - 1. **Anamnèse détaillée**
 - 2. **Plaintes de la personne expertisée**
 - 3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ?

4.3.1 Si oui, depuis quelle date ?

4.4. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.4.1 Les troubles présentés par l'expertisé font-ils notamment partie du tableau clinique typique d'un TCC ?

5. **Causalité**

5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? Plus précisément, ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50 %), probable (probabilité de plus de 50 %) ou certain (probabilité de 100 %) ?

5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé.

5.1.2 À partir de quel moment le *statu quo ante* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?

5.1.3 Veuillez indiquer la date du *statu quo ante* pour chaque diagnostic posé.

5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

5.2.1 Si oui, à partir de quel moment le *statu quo sine* a-t-il été atteint ?

5.2.2. L'IRM du 23 mai 2017 et l'arrêt du suivi neurochirurgical intervenu de manière subséquence impliquent-ils que l'assuré ne présentait plus d'atteinte organique liée à l'accident ?

6. **Limitations fonctionnelles**

6.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

6.1.1 Dates d'apparition.

6.2.1 Constatez-vous une fatigue et une fatigabilité mentale, en particulier sur la base du bilan neuropsychologique, et si oui, quels sont leur impact sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles ?

6.2.2 Constatez-vous des vertiges et si oui, quels sont leur impact sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles ?

6.2.3 Constatez-vous une anosmie, et si oui, quel est son impact sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles ?

6.2.4 Constatez-vous une hypersomnie et si oui, quel est son impact sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles ?

7. **Capacité de travail**

7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?

7.1.1 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

7.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

7.2.1 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

7.2.2. Depuis l'accident, quelle a été l'évolution des atteintes causées par cet évènement, des limitations y liées et de la capacité de travail ? Y a-t-il une amélioration ou une péjoration, et si oui, depuis quand ?

8. **Traitement**

8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

8.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

8.3 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

8.4 Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ?

8.5 Les traitements médicaux dispensés après le 23 mai 2017 étaient-ils en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

9. **Atteinte à l'intégrité**

- 9.1 La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?
- 9.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ?
- 9.3 Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité

10. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

- 10.1 Comment vous déterminez-vous par rapport à l'expertise de la Clinique Romande de réadaptation du 2 août 2021 et les appréciations médicales des médecins traitants de l'expertisé, notamment s'agissant des diagnostics, de la causalité avec l'accident et de l'existence d'un substrat organique ?

11. **Autres facteurs**

Suite à l'accident du 22 avril 2017 :

- 11.1 Les lésions apparues sont-elles graves ?
- 11.2 Ces lésions sont-elles propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ?
- 11.3 Ces lésions ont-elles nécessité des traitements continus spécifiques et lourds ? Si oui, lesquels ? Pendant quel intervalle de temps ?
- 11.4 Des erreurs médicales dans le traitement du recourant se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?
- 11.5 Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?
- 11.6 Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? Depuis quand ? Atteignent-elles une intensité particulière ?

12. Quel est le **pronostic** ?

- 13. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles

- F. Invite les experts à faire une appréciation **consensuelle** du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

- G. Invite les experts à déposer leur rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.
- H. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente suppléante

Diana ZIERI

Aliénor WINIGER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le