

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2488/2006

ATAS/153/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 31 janvier 2008**

En la cause

Monsieur B\_\_\_\_\_, domicilié à CRANVES-SALES,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LIRONI  
Marc

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE

intimé

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

---

### EN FAIT

1. Monsieur B\_\_\_\_\_, né en 1946, est employé par les TRANSPORTS PUBLICS GENEVOIS en qualité de chauffeur de bus. A ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : SUVA; pce 1 SUVA).
  
2. Le 30 septembre 2001, alors qu'il se déplaçait au volant de sa voiture, l'intéressé a été poursuivi par un autre véhicule depuis la ville de Genève jusqu'à la sortie d'autoroute "Etrembières" en France, où les deux occupants du véhicule poursuivant l'ont contraint à s'arrêter et à sortir de son véhicule, avant de le frapper. La déclaration d'accident du 2 octobre 2001 fait état de douleurs, coupures, cassures et contusions au niveau du visage, des dents, des épaules et des côtes (pce 2 SUVA).  
Les circonstances précises de l'accident sont décrites dans le procès-verbal dressé par la gendarmerie française le 2 octobre 2001 suite à l'audition de l'assuré (annexe pce 27 SUVA). L'intéressé y a notamment déclaré qu'alors qu'il rentrait chez lui, il avait été dépassé par un véhicule qui avait ensuite brusquement freiné devant lui. Cette manœuvre s'était répétée à plusieurs reprises. Arrivé sur l'autoroute A411, en France, le véhicule le précédant roulait à faible allure, mais empêchait toute tentative de dépassement. Sur la bretelle de sortie, l'assuré avait fait des appels de phare au véhicule pour lui signaler qu'il gênait sa conduite; c'est alors que ledit véhicule avait stoppé en travers des voies de circulation, contraignant l'assuré à l'arrêt. L'assuré a relaté que le conducteur était descendu du véhicule en premier et s'était porté à sa hauteur; l'assuré avait alors ouvert sa portière et était descendu de voiture à son tour; le passager de l'autre véhicule avait fait de même; le conducteur et son passager lui avaient adressé des insultes; le conducteur l'avait saisi par le col et secoué, tandis que le passager lui prenait le bras gauche et le lui tordait derrière le dos; ils l'avaient ensuite relâché mais lui avaient encore administré un violent coup de poing au niveau de la mâchoire supérieure et de la pommette du côté droit au moment où il allait rentrer dans sa voiture; le coup était violent; il avait dû rechercher ses lunettes qui étaient tombées par terre et les avait rechaussées; il avait été sonné et avait senti que "quelque chose s'était passé au niveau des dents". Il n'a pas pu préciser lequel de ses deux agresseurs lui a donné le coup de poing. Les deux personnes étaient immédiatement parties.
  
3. Dans un rapport daté du 8 octobre 2001, le docteur L\_\_\_\_\_, dentiste, a fait état d'une dent luxée, de quatre dents subluxées et d'une fracture du stellite maxillaire. Il a proposé l'extraction des dents détériorées et la pose d'un appareil maxillaire complet. L'intégralité du traitement a été prise en charge par la SUVA (pces 2 et 4 SUVA).
  
4. Le docteur M\_\_\_\_\_, ophtalmologue, a quant à lui posé les diagnostics de syndrome post-traumatique et atteinte du champ visuel des deux côtés. Il a fait état

d'une évolution très lente, d'un traitement consistant en repos et prise de vitamines d'une durée probable de deux ans, ainsi que de la perte probablement définitive du champ visuel (cf. rapport du 15 mars 2002, pce 7 SUVA). Le 31 mai 2002, le docteur M\_\_\_\_\_ a encore mentionné une baisse de l'acuité visuelle des deux côtés, ainsi qu'une diplopie à droite. Il a conclu que son patient avait subi un traumatisme crânien très important avec comme conséquences une baisse importante de la vision des deux côtés, une atteinte du champ visuel et des phénomènes d'altération de la vision binoculaire (pce 11 SUVA).

5. Le docteur N\_\_\_\_\_, médecin conseil de la SUVA, a examiné l'assuré en date du 26 juin 2002. L'assuré a lui indiqué encore souffrir de maux de tête et, depuis un mois, d'un sifflement permanent de l'oreille; le traitement de son épaule avait été effectué par le médecin de famille, le docteur O\_\_\_\_\_; s'il subsistait encore de petites douleurs aux changements de temps, la mobilité était pratiquement récupérée et il ne consultait plus pour ce motif; le traitement dentaire était terminé; il était toujours à l'arrêt de travail, ne pouvant même pas conduire son véhicule privé et voyait le docteur M\_\_\_\_\_ toutes les 5 à 6 semaines. Le docteur N\_\_\_\_\_ a estimé que l'état de l'assuré était stabilisé au niveau de l'épaule et des dents (pce 14 SUVA).
6. Le 22 juillet 2002, l'ophtalmologue traitant a déclaré que l'évolution était très lente et que la vision ne s'améliorait pas, le patient restant par ailleurs excessivement gêné par la lumière (pce 17 SUVA).
7. L'assuré a subi une IRM cérébrale avec étude ciblée des cavités orbitaires le 10 octobre 2002. Dans leur rapport y relatif, les docteurs et Q\_\_\_\_\_ ont conclu à une assez nette atrophie cortico-sous-corticale bilatérale sus et sous-tensorielle. Ils ont constaté l'absence de toute anomalie au niveau des cavités orbitaires (pce 23 SUVA).
8. Dans un rapport du 23 mai 2003, le docteur DE O\_\_\_\_\_ a expliqué avoir examiné le patient le lendemain de l'accident, soit le 1<sup>er</sup> octobre 2001 (cf. annexe pce 27 SUVA). Il a alors constaté que l'épaule gauche de l'assuré était gelée et lui a prescrit un arrêt de travail de 8 jours. Un premier bilan radiographique a mis en évidence une calcification du tendon du sus-épineux, vraisemblablement ancienne, sans signe de fracture. Devant l'échec du traitement symptomatique antalgique et anti-inflammatoire, le médecin avait fait pratiquer un arthroscanner de l'épaule, qui avait conclu à l'absence de rupture tendineuse. Depuis lors, les douleurs évoluaient cycliquement, avec des périodes d'amélioration suite aux différents traitements : infiltrations de dérivés corticoïdes, physiothérapie, antalgiques à la demande. Par contre, il subsistait une limitation des amplitudes de l'articulation, associée à une amyotrophie sus-épineuse. Au vu de cette évolution, le médecin a émis l'avis que son patient garderait très vraisemblablement définitivement des séquelles de

l'accident sous forme de douleurs récurrentes et d'une impotence fonctionnelle relative qui s'aggraverait au fil des ans (pce 35 SUVA).

9. Appelé à donner des renseignements, le docteur M\_\_\_\_\_ a précisé que les atteintes à l'acuité et au champ visuel post-traumatique étaient engendrées par une atteinte des nerfs optiques, qu'il y avait une disparition du reflet maculaire des deux côtés et un léger flou nasal des papilles à l'examen du fond d'œil. Il n'y avait pas de facteur étranger au traumatisme et l'état était stabilisé, même si une aggravation restait possible (rapport du 12 juillet 2003; pce 36 SUVA).
10. Le docteur R\_\_\_\_\_, ophtalmologue auprès de la division de médecine des assurances de la SUVA, appelé à donner son avis, a estimé, en date du 7 octobre 2003, que la vraisemblable commotion cérébrale de faible degré subie par l'assuré n'était pas de nature à entraîner des troubles aussi graves que les siens avec une quasi-cécité bilatérale. Il a dès lors requis une expertise neurologique et ophtalmologique (pce 38 SUVA).
11. Dans un avis du 8 avril 2003 rendu sur demande du docteur S\_\_\_\_\_, expert auprès de la Cour d'appel de Chambéry, le docteur T\_\_\_\_\_, ophtalmologue, a relaté que l'assuré présentait une dégradation de son acuité visuelle depuis l'accident du 30 septembre 2001, avec baisse d'acuité visuelle et rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés. L'état antérieur montrait que le patient avait une très bonne vision à l'époque. Le docteur T\_\_\_\_\_ s'est référé à un examen neuropsychologique effectué par le docteur U\_\_\_\_\_, lequel a déclaré :

"Ce tableau neuropsychologique parle en faveur d'un dysfonctionnement cérébral postérieur, à prédominance hémisphérique gauche. Il est actuellement difficile de se prononcer quant à l'étiologie précise des difficultés. Toutefois, étant donné l'évolution progressive des troubles, un processus neurodégénératif n'est pas exclu. Afin de préciser l'étiologie de la symptomatologie cognitive, un examen plus complet évaluant plus spécifiquement les aspects gnosiques serait souhaitable. Par ailleurs, un SPECT pourrait également être envisagé, afin de mettre en évidence un éventuel hypométabolisme occipital".

Au final, le docteur T\_\_\_\_\_ a conclu qu'il semblait exister une relation entre le traumatisme facial et orbitaire subi par le patient le 30 septembre 2001 et les séquelles actuelles, qui étaient évolutives et ne permettaient pas de fixer une date de consolidation (annexe pce 40 SUVA).

12. Mandatés par la SUVA aux fins de procéder à l'expertise de l'assuré, les docteurs V\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_, spécialistes en neurologie auprès des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (ci-après : HUG), se sont adjoint les services de Madame X\_\_\_\_\_, neuropsychologue de l'Unité de neuropsychologie des HUG, et ont rendu leur rapport en date du 16 septembre 2004 (pce 52 SUVA).

Ils ont posé les diagnostics de troubles psychiques post-traumatiques, troubles visuels d'origine indéterminée et status post-capsulite rétractile d'origine post-traumatique. Ils ont précisé que, sur la base de l'examen neurologique, il ne leur était pas possible de conclure à un trouble neurologique ou neuropsychologique en rapport avec l'accident.

Hormis les problèmes visuels, l'assuré se plaignait de céphalées, à raison de deux à trois fois par semaine, disparaissant avec la prise d'aspirine, et de troubles de la mémoire. Or, l'examen neurologique était normal et l'examen neuro-psychologique était trop artéfacté par les problèmes visuels pour qu'il puisse orienter vers une pathologie de type encéphalopathie post-traumatique.

Les médecins ont noté des plaintes et troubles visuels difficilement catégorisables pour lesquels une expertise neuro-ophtalmologique devrait être effectuée (leur expertise confirmait une atteinte de l'acuité visuelle binoculaire à prédominance droite, ainsi qu'une altération du champ visuel, mais les difficultés visuelles variaient de manière significative selon les différentes épreuves effectuées), ainsi que des troubles psychiques évoquant fortement un syndrome de stress post-traumatique enkysté pour lequel le patient avait été suivi, une nouvelle prise en charge étant au demeurant utile.

Selon les experts, la cause des plaintes neuropsychologiques est à mettre en relation avec la réaction psychologique de l'accident. Indépendamment de la violence et de l'indécence de l'agression, les experts ont retenu un traumatisme crânio-cérébral mineur. Par contre, l'impact psychologique lié également aux fractures dentaires et aux problèmes de l'épaule a considérablement développé les troubles anxieux. Enfin, ils n'ont pas trouvé d'argument pour des troubles héréditaires; une atteinte acquise du système nerveux semble exclue, mais un processus lentement progressif neurodégénératif ne peut pas être écarté, les arguments actuels étant toutefois trop fluctuants pour que cette hypothèse soit retenue de façon sérieuse.

13. C'est au Professeur Y\_\_\_\_\_, médecin associé de l'Hôpital ophtalmique Jules GONIN à Lausanne, que la SUVA a demandé de procéder à l'expertise neuro-ophtalmologique de l'assuré. L'expert a rendu son rapport le 30 septembre 2005 (pce 69 SUVA).

Il y expose que l'assuré présente un status après traumatisme crânien et probable contusion oculaire droite. L'apparition des plaintes visuelles est difficile à dater, mais elle est peut-être apparue quelques jours après le traumatisme. La fonction visuelle a fluctué dans le temps suivant les examens, étant le plus souvent moins bonne à l'œil droit qu'à l'œil gauche.

Selon l'expert, suite à un traumatisme crânio-orbitaire, les possibilités suivantes peuvent entrer en ligne de compte : traumatisme oculaire avec lésion du segment antérieur (hyphéma, luxation du cristallin notamment), hémorragie vitréenne,

rétinopathie contusive, neuropathie optique, lésion traumatique du chiasma ou encore lésion des voies visuelles rétrochiasmatiques. Hormis une cataracte, un glaucome post-traumatique ou un hématome intracrânien (sous-dural notamment), les lésions traumatiques des structures susmentionnées sont stables et ne progressent généralement pas.

Les divers examens pratiqués lors de l'expertise ont permis d'exclure la possibilité d'une neuropathie optique; ils n'ont montré aucun déficit du champ visuel résultant d'une atteinte chiasmatique ou rétrochiasmatique et il n'y a pas de suspicion de rétinopathie.

Selon l'expert, l'acuité visuelle à distance est améliorable à 60 % aux deux yeux, avec une correction de faible hypermétropie. L'examen des champs visuels est très perturbé par la présence d'une composante fonctionnelle, non organique. Il existe une très nette discordance entre les résultats obtenus par le champ visuel "computérisé", le champ visuel de Goldman, le champ visuel testé lors de l'exécution des mouvements de saccades oculomotrices centrifuges et les performances du patient - qui est parvenu à sortir sans encombre d'une pièce d'examen dans laquelle avaient été disposés de multiples obstacles.

Selon l'expert, la composante fonctionnelle, non organique, résulte vraisemblablement du traumatisme (au sens général du terme) que le patient a subi dans la nuit du 30 septembre 2001. Un traitement a été prescrit eu égard à la composante fonctionnelle, afin d'aider l'assuré à retrouver l'utilisation de sa vision.

14. Le docteur R\_\_\_\_\_ s'est à nouveau prononcé en date du 18 novembre 2005. Il a estimé qu'il convenait de conclure, sur la base des constatations de l'expertise ophtalmologique du 30 septembre 2005, à une interférence d'ordre psychique. Selon lui, il est probable que les problèmes visuels soient l'expression d'une problématique psychique et soient également dus à la fatigue et aux problèmes de concentration. Selon toute apparence, les yeux de l'assuré sont normaux, excepté une hypermétropie et une presbytie déjà présentes auparavant. De même, le champ visuel est vraisemblablement normal, ce qui résulte des autres tests de motilité ainsi que de la capacité du patient à se mouvoir sans difficultés, en évitant les obstacles. L'acuité visuelle est plus difficile à apprécier; il est vraisemblable qu'elle soit également normale, bien que diminuée en raison de la situation psychique. Compte tenu des circonstances, le patient ne lui semble pas apte à exercer une activité de chauffeur de bus et ce, non pour des raisons d'ordre ophtalmologique, mais pour des raisons liées au psychisme et à la fatigue. Pour le surplus, le docteur R\_\_\_\_\_ a déclaré ne pas être en mesure, eu égard à sa spécialisation en ophtalmologie, d'évaluer le lien de causalité avec l'accident (pce 71 SUVA).
15. Le 30 mars 2006, le docteur N\_\_\_\_\_, après avoir examiné l'assuré, a estimé qu'en ce qui concernait l'épaule, il faut admettre, vu les radiographies effectuées

très peu de temps après l'événement accidentel et montrant la présence de calcifications, qu'il y a eu déstabilisation temporaire d'un état antérieur s'étant manifestée par un état de périarthrite scapulo-humérale transitoire. A neuf mois de l'accident, la fonction de l'épaule a été pratiquement récupérée. Compte tenu de l'absence de lésion manifeste au scanner, notamment de lésion de la coiffe des rotateurs, il n'y a pas eu, lors de l'accident, de déstabilisation définitive d'un état antérieur. Selon le docteur N\_\_\_\_\_, les troubles actuels constatés par un manque de mobilité ne sont plus en rapport de causalité naturelle avec l'accident du 30 septembre 2001. Le statu quo sine peut être admis pour les troubles de l'épaule gauche.

Quant aux troubles ophtalmologiques, le docteur N\_\_\_\_\_ a conseillé de se référer à l'appréciation médicale établie par la médecine des assurances à Lucerne. Enfin, il a laissé le soin à l'administration de se prononcer quant à la responsabilité pour les troubles psychogènes en relation avec l'événement du 30 septembre 2001 (pce 75 SUVA).

16. Par décision du 13 avril 2006, la SUVA a mis un terme aux prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) avec effet au 30 avril 2006, motif pris de l'absence d'incidence de l'accident du 30 septembre 2001 sur les troubles subsistant encore, les troubles non organiques n'étant pas au relation de causalité adéquate avec l'accident (pce 72 SUVA).
17. L'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision, requérant son annulation et la continuation du versement des prestations. Il a notamment produit, à l'appui de ses conclusions, un avis du docteur M\_\_\_\_\_ daté du 15 mai 2006, aux termes duquel ce dernier émet l'opinion qu'il convient de classer l'ensemble de la symptomatologie de son patient sous le terme de syndrome de stress post-traumatique le rendant totalement incapable de travailler, ce qui s'observe parfois à la suite d'accidents sérieux. Dans le cas particulier, le docteur M\_\_\_\_\_ a souligné que l'agression a été extrêmement violente et explique donc l'impossibilité totale du patient à travailler. La relation de cause à effet entre la symptomatologie et l'accident ne lui semble pas faire de doute, vu que les symptômes sont intégralement apparus après l'accident du 30 septembre 2001 (pce 76-13 SUVA).
18. La SUVA a rejeté l'opposition par décision du 6 juin 2006. L'assureur-accidents a estimé que l'ensemble des troubles dont se plaignait l'assuré était l'expression d'une problématique psychique qui n'était pas, au regard des critères posés par la jurisprudence, en relation de causalité adéquate avec l'accident du 30 septembre 2001, qualifié d'accident de gravité moyenne.
19. L'assuré a interjeté recours contre cette décision, dont il requiert l'annulation, concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif et, principalement, au

versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement découlant de l'accident du 30 septembre 2001, le tout sous suite de dépens.

Sur le fond et en substance, le recourant fait valoir que les troubles à sa santé sont sans doute aucun en relation de causalité naturelle avec l'accident du 30 septembre 2001. Quant au lien de causalité adéquate, il considère qu'il est manifestement établi en regard des atteintes d'ordre physique qu'il présente. Selon lui, il en va de même si lesdites atteintes devaient être qualifiées de psychiques, dès lors que l'accident à l'origine de ses problèmes doit être qualifié de grave - il décrit celui-ci comme une agression d'une extrême gravité, impressionnante, ayant provoqué une atteinte grave à son intégrité corporelle - au sens de la jurisprudence, ou à tout le moins de gravité moyenne à la limite des accidents graves. Dans cette dernière hypothèse, il estime que les critères fixés par le Tribunal fédéral sont pleinement réalisés. Pour le recourant, la décision de la SUVA, en tant qu'elle nie le caractère grave de l'accident et le lien de causalité entre les troubles présentés et l'événement est insoutenable, incompatible avec les règles de la bonne foi, infondée et doit par conséquent être mise à néant, la poursuite du versement des prestations devant être ordonnée.

20. Par ordonnance du 29 septembre 2006, le Tribunal de céans a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif.
21. Dans sa prise de position sur le fond, la SUVA considère, d'une part, que les troubles qui persistent chez le recourant sont de nature psychique, le statu quo sine ayant été atteint neuf mois après l'accident et aucune étiologie organique n'étant démontrée en ce qui concerne les autres problèmes. D'autre part, elle allègue que l'événement accidentel est moins grave en réalité que le recourant ne l'expose dans son recours et qu'il doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Or, les conditions posées par la jurisprudence pour juger de l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés et l'accident ne sont pas réalisées ou pas dans une mesure permettant de retenir un tel lien. De ce fait, la SUVA soutient que c'est à juste qu'elle a mis un terme aux prestations à compter du 1<sup>er</sup> mai 2006. Elle conclut dès lors au rejet du recours et à la confirmation de sa décision attaquée.
22. Invité à répliquer, l'assuré persiste dans ses conclusions et argumentation. Il met en particulier en exergue que les atteintes à la santé dont il est victime peuvent être qualifiées de lésions corporelles graves au sens du droit pénal et que force est de constater qu'elles persistent, plus de cinq ans après l'agression. Ceci, ajouté à d'autres éléments, démontre qu'il s'agit d'atteintes physiques.
23. L'assuré a produit copie d'un projet de décision daté du 20 février 2007 et émanant de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI). Ce dernier y constate une incapacité de travail totale dès le 30 septembre 2001 et envisage

d'octroyer une rente entière d'invalidité (taux de 100 %) à compter du 1er octobre 2002.

24. La SUVA a fait savoir que ce projet ne remettait pas en cause les motifs exposés dans ses précédentes écritures, mais a sollicité l'apport du dossier de l'OCAI pour prise de connaissance et détermination. Celui-ci lui a été transmis directement par l'OCAI.

L'assurance-accidents a soumis le dossier à son service médical pour avis. Les docteurs R\_\_\_\_\_, ophtalmologue, et Z\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et psychiatrie, psychothérapie, ont produit deux avis des 19 juin 2007, respectivement 12 septembre 2007.

Le docteur R\_\_\_\_\_ reprend les constatations figurant dans l'expertise de l'hôpital ophtalmique de Lausanne, du 30 septembre 2005, relatant que le patient n'éprouve aucune gêne à contourner les obstacles et que les tests électrophysiologiques, en particulier les potentiels évoqués visuels (PEV), qui contrôlent les fonctions de l'ensemble du système reliant la rétine au cortex et constituent les examens les plus pertinents pour détecter une éventuelle influence de l'atrophie du cortex occipital, sont tout à fait normaux. Il mentionne également la spirale de fatigue dans le périmètre de Goldman, qui évoque un problème neuropsychologique et démontre que la périmétrie statique informatisée (contrôle du champ visuel) n'est pas exploitable. En ce qui concerne la baisse de l'acuité visuelle, celle-ci est impossible à démontrer objectivement par un test et peut tout au plus faire l'objet de suppositions. L'hypermétropie congénitale joue probablement un rôle important, comme l'indique notamment le fait que seule la méthode du brouillard permet d'atteindre une acuité visuelle utile. La part non corrigée entraîne une diminution de l'acuité visuelle en raison de l'accommodation, c'est-à-dire de la mobilisation involontaire des muscles oculaires internes. Le docteur R\_\_\_\_\_ s'est déclaré dans l'impossibilité d'apprécier dans quelle mesure la condition psychique du patient y joue un rôle. Il déduit de l'ensemble de ces éléments que le champ visuel est probablement normal, preuve en est la capacité de l'assuré à contourner sans problème des obstacles. En outre, les PEV normaux démontrent que l'atrophie cérébrale occipitale visible sur les radios n'a pas d'influence sur la vision, une défaillance du cortex occipital se répercutant automatiquement sur les PEV. En fin de compte, globalement et sur le plan ophtalmologique, le médecin constate un état sans doute pratiquement normal des deux yeux, à l'exception d'une hypermétropie sans relation avec l'accident et d'une presbytie due à l'âge. Il conclut à l'absence d'atteinte à l'intégrité liée à l'accident.

Après avoir pris connaissance du dossier de l'assurance-invalidité - en particulier de l'expertise réalisée par le Centre d'expertises médicales de Genève le 28 juillet 2006 dans laquelle figure un rapport du professeur A\_\_\_\_\_ relatif aux investigations neurologiques et neuropsychologiques -, ainsi que de l'ensemble des documents

radiologiques (y compris les clichés d'une IRM crânio-cérébrale du 28 juin 2006 effectuée par les HUG), le docteur Z\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré a souffert, le 30 septembre 2001, d'un traumatisme crânio-cérébral léger de catégorie clinique 2 (MTBI). Il n'y a notamment aucune information fiable relative à une éventuelle perte de connaissance. De manière générale, un traumatisme crânio-cérébral de catégorie clinique 2 (MTBI) conduit à des troubles de nature subjective qui se manifestent pendant quelques jours, voire au grand maximum pendant quelques semaines. Le médecin ajoute que les examens radiologiques ne révèlent aucun indice évoquant des suites d'accident intra-crânien. Il en déduit qu'il n'y avait pas lieu de s'attendre à ce que l'accident entraînant des suites graves et à long terme. Il se prononce relativement aux propos du professeur A\_\_\_\_\_ qui soutient, dans son expertise, que les discrètes modifications du gyrus calcaréus visibles dans le cortex occipital des deux côtés représentent des lésions consécutives à l'accident : de son point de vue de neurologue, le docteur Z\_\_\_\_\_ estime qu'il s'agit-là d'une hypothèse. Son analyse personnelle des examens d'imagerie par IRM lui permet d'affirmer que ces légères modifications constituent, avec un degré de vraisemblance beaucoup plus élevé, la conséquence d'un processus pathologique dégénératif indépendant de l'accident ou qu'ils sont alors de nature constitutionnelle, l'hypothèse avancée par le professeur A\_\_\_\_\_ étant tout au plus possible. En outre, l'analyse approfondie des constatations neuro-ophtalmologiques lui font dire qu'une atteinte organique du champ visuel, de la perception visuelle et du traitement des stimuli visuels n'est pas vraisemblable. L'International Headache Society a émis des critères sur la base desquels il ne peut diagnostiquer des céphalées post traumatiques, les documents médicaux contemporains de l'accident ne relatant ni l'apparition de maux de tête inconnus jusqu'alors, ni des céphalées qui se seraient accrues de manière considérables ou durable et qui auraient été enregistrées et documentées dans un laps de temps de sept jours après l'accident. Les constatations neuropsychologiques effectuées en 2002, 2004 et 2006 ne peuvent s'expliquer par le traumatisme crânio-cérébral du 30 septembre 2001 : les diminutions de la substance cérébrale localisées en divers endroits et mises en évidence par IRM ne s'expliquent pas par des atteintes traumatiques sévères du cerveau. Le second examen IRM donnant des résultats largement identiques à celui de 2002, il convient, selon le docteur Z\_\_\_\_\_, d'en déduire l'existence d'un processus progressant lentement depuis plusieurs années ou présent de manière inchangée depuis de très nombreuses années. En résumé et d'un point de vue neurologique, le docteur Z\_\_\_\_\_ considère que l'ensemble de la documentation ne révèle aucun indice évoquant une atteinte durable ou notable de l'intégrité corporelle de l'assuré dans le contexte de l'événement du 30 septembre 2001 et il ne décèle pas non plus de limitation notable de la capacité de travail consécutive à l'accident.

La SUVA déduit de ces deux documents que les troubles présentés par l'assuré sont dépourvus de substrat organique et relèvent par conséquent de la sphère psychique, ce qui l'amène à confirmer ses conclusions préalables.

25. L'assuré, quant à lui, considère que les avis des médecins conseils de la SUVA n'emportent pas la conviction et confirme ses conclusions. Il produit, à cet égard, un avis du docteur M\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2007 dans lequel ce médecin commente le rapport du docteur R\_\_\_\_\_. Il note une "contre-indication" dans ce dernier, dans le sens où il est admis que la détérioration du champ de vision et de l'acuité visuelle n'est pas consciente, mais qu'il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité ophtalmologique, anatomique. Pour le surplus, il réitère son avis quant à la relation de cause à effet entre l'agression et les atteintes à la santé.

### **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. Respectant les forme et délais légaux (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA), le recours est recevable.
3. La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1, 126 V 165 consid. 4b), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure. Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité (notamment) selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. Est litigieux en l'espèce le droit du recourant au versement des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 avril 2006 en raison de l'agression dont il a été victime le 30 septembre 2001. Singulièrement, il s'agit de se prononcer sur le lien

de causalité entre l'événement précité et les atteintes à la santé présentées par l'intéressé.

5. a) L'art. 6 al. 1 LAA stipule que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; art. 4 LPGA).

c) Dans le cas d'espèce, il ne fait nul doute - cela n'est au demeurant pas contesté - que l'agression subie par le recourant en date du 30 septembre 2001 répond à la définition de l'accident précitée.

6. 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).

Par ailleurs, selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

---

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Par ailleurs, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Enfin, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

b) Dans un premier grief, le recourant s'en prend à la qualification de troubles psychiques donnée par l'intimée à l'ensemble des atteintes à la santé qu'il présente encore à la date de suppression des prestations.

La SUVA s'est appuyée sur les rapports d'expertise des docteurs V\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ du 16 septembre 2004 (expertise neurologique et neuropsychologique), du professeur Y\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2005 (expertise

neuro-ophtalmologique), ainsi que sur les multiples avis des médecins spécialistes de sa division de médecine des assurances (docteurs R\_\_\_\_\_ et Z\_\_\_\_\_) et les rapports de son médecin d'arrondissement, le docteur N\_\_\_\_\_. Sans entrer ici dans le détail de ces divers rapports, il convient de leur reconnaître une pleine valeur probante, dans la mesure où ils remplissent tous à l'évidence les critères jurisprudentiels énumérés ci-avant, compte tenu de leurs spécificités respectives. Mis à part les conclusions des médecins de la division de médecine des assurances de la SUVA, le recourant ne remet d'ailleurs pas sérieusement en cause les résultats - et encore moins les constatations - auxquels sont parvenus les autres spécialistes susmentionnées. Tout au plus fait-il valoir sa propre appréciation des constatations médicales des experts, s'appuyant en cela sur les divers avis de son ophtalmologue, le docteur M\_\_\_\_\_. Or, les considérations de ce dernier médecin ne divergent finalement pas de celles de ses confrères, dans la mesure où lui aussi fait référence à des troubles d'ordre psychiques, puisqu'il estime qu'il "convient de classer l'ensemble de la symptomatologie du patient sous le terme de syndrome de stress post-traumatique" (ce diagnostic est d'ailleurs déjà mentionné dans un rapport du 15 mars 2002). Ledit syndrome est en effet répertorié dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR), édité par l'American Psychiatric Association sous la référence F43.1 (Etat de stress post-traumatique). Les autres arguments invoqués ne résistent pas non plus à l'examen. L'atteinte des nerfs optiques à l'origine de la baisse de l'acuité visuelle n'est pas documentée au dossier; il ressort même le contraire de l'examen IRM du 10 octobre 2002 (parfaite définition du nerf optique des deux côtés, sans anomalie de signal) et du rapport d'expertise du professeur Y\_\_\_\_\_ (nerf optique sain et exclusion d'une neuropathie optique). Quant à l'importance alléguée du traumatisme crânien, qui justifierait la reconnaissance d'atteintes physiques, notamment sous la forme d'une atrophie cortico-sous-corticale, il résulte clairement des premières déclarations du recourant (auxquelles il convient de donner la préférence en présence de versions des faits différentes; cf. ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c) que la violence des coups portés n'était pas extrême - il semblerait d'ailleurs qu'il n'ait reçu qu'un seul coup de poing au niveau de la tête - et que ces derniers n'ont pas provoqué de perte de connaissance. Par ailleurs, l'origine des troubles pouvant être en relation avec une atrophie cérébrale, soit les troubles neuropsychologiques, est clairement déclarée non traumatique par les experts consultés (docteurs V\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ ainsi que Z\_\_\_\_\_).

Il suit de ce qui précède que c'est donc à juste titre que la SUVA, en l'absence de troubles ayant un substrat organique, a considéré que le recourant ne présentait, à compter de la date de suppression des prestations, plus que des atteintes à la santé d'ordre psychique.

Le dossier étant pour le surplus instruit à suffisance, point n'est besoin de procéder à l'édition - au demeurant non requise - du dossier de l'assurance-invalidité, en particulier du rapport d'expertise effectuée par le COMAI. Premièrement, ledit

rapport a fait l'objet d'un résumé, d'une discussion et d'une appréciation par les médecins du service de la médecine de la SUVA. Deuxièmement et surtout, un tel document est nécessairement établi dans une optique distincte de ceux rédigés dans le cadre d'une procédure en matière d'assurance-accidents; cette dernière assurance ne prend en effet en considération que les affections en relation de causalité avec l'événement assuré, contrairement à l'assurance-invalidité, ce qui a pour incidence une différenciation des tâches respectives des experts de l'une et l'autre institution. Pour les mêmes motifs, la décision d'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité ne saurait être pertinente dans le présent litige et ne démontre de toute manière pas, contrairement à ce que prétend le recourant, l'existence d'un lien de causalité entre ses atteintes à la santé et l'accident.

c) Le recourant fait ensuite valoir - entre autres - les rapports du docteur M\_\_\_\_\_ pour étayer le lien de causalité naturelle existant entre ses atteintes à la santé et l'agression subie. Toutefois, dût-on retenir, comme il le soutient, un rapport de causalité naturelle entre ses troubles psychiques et l'événement du 30 septembre 2001 à l'instar du docteur M\_\_\_\_\_, que cette seule conclusion ne lui serait d'aucune aide. Effectivement, au regard des circonstances du cas d'espèce, le caractère adéquat du rapport de causalité fait à l'évidence défaut, comme cela sera démontré ci-après.

7. a/aa) La causalité est adéquate 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 112 consid. 3a, 123 V 100 consid. 3, 122 V 417 consid. 2c).

a/bb) La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple 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. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature

particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa, 409 consid. 5c).

b/aa) Le recourant soutient avoir été victime d'un accident qui doit être classé dans la catégorie des accidents graves ou à tout le moins dans celle des accidents de gravité moyenne, à la limite supérieure de ladite catégorie. Il étaye son allégation par la mention du caractère sauvage et brutal de l'agression subie, des nombreux coups extrêmement violents reçus au niveau du visage et de l'épaule ayant eu pour conséquence immédiate plusieurs fractures dentaires et un état de conscience altéré ("perturbé", "sonné"); il fait également valoir le traumatisme crânien très important dont il a souffert, avec baisse importante de l'acuité visuelle, du champ visuel et phénomènes d'altération de la vision binoculaire. Il qualifie l'ensemble des lésions subies de lésions corporelles graves au sens de l'art. 122 du code pénal suisse (CP).

Dans un arrêt du 28 août 2001 (U 9/00), le Tribunal fédéral a retenu qu'une assurée, jetée à terre par le fils de son compagnon, qui avait ensuite tenté de l'étrangler, lui avait frappé la tête à plusieurs reprises contre le sol et donné des coups de genoux dans le dos et les reins, avait été victime d'un événement devant être qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves. Dans un arrêt du 8 mai 2007 (U 36/07), il a admis qu'il en allait de même pour une agression commise devant le domicile de l'assuré à 4 heures du matin par trois hommes tout de noir vêtus, dans un contexte de menaces, chantage et tentative d'extorsion qui avait pour conséquence que l'intéressé connaissait assurément la détermination de ses agresseurs et pouvait sérieusement craindre pour sa vie ou du moins pour une perte importante et permanente de son intégrité corporelle; l'assuré avait été roué de coups de bâton. Dans le cas d'un employé de sécurité pris à partie, dans le cadre de sa profession, par des clients du dancing dans lequel il travaillait et qui l'avaient frappé notamment derrière la tête à l'aide d'une chaise, causant un traumatisme crânio-cérébral, une plaie au cuir chevelu et une fracture au niveau des cervicales et occasionnant une hospitalisation de 3 jours, notre Haute Cour avait considéré qu'il s'agissait là d'un accident de gravité moyenne (arrêt U 339/99 du 17 avril 2000). Enfin, l'agression dont a été victime une femme voulant retenir son sac à main et s'étant fait projetée à terre et traînée sur le sol par l'homme cagoulé qui tentait de

---

s'en emparer, la juridiction fédérale a nié qu'un tel événement se situe à la limite des accidents graves (arrêt du 16 février 2005, U 138/04).

En l'espèce, le recourant n'a pas été frappé à de multiples reprises contrairement à ce qu'il allègue dans son mémoire de recours; ses agresseurs, au nombre de deux, lui ont tordu le bras gauche et donné un coup de poing, semble-t-il assez violent il est vrai. Mais dans son ensemble, l'agression n'a pas été - heureusement pour l'intéressé - suffisamment violente pour que celui-ci en vienne à craindre légitimement pour sa vie ou son intégrité corporelle sur le long terme. La juridiction de céans se réfère aux premières déclarations de l'intéressé - notamment celles relatées dans le procès-verbal de la Gendarmerie française du 2 octobre 2001 (cf. ATF 129 V 181 consid. 3.2 et les autres références citées au consid. 7a/aa). Les agresseurs, qui n'étaient pas masqués, n'ont pas véritablement "pris" leur victime par surprise, dans la mesure où ils ont eu un comportement déjà passablement agressif au volant de leur voiture vis-à-vis de l'intéressé qui était en mesure de prévoir une réaction brutale de leur part en se trouvant confronté physiquement à eux après être sorti volontairement de son véhicule. Enfin, les conséquences de l'accident ne sont de loin pas aussi graves que l'allègue le recourant. En effet, mis à part le bris de sa prothèse dentaire et la (sub)luxation de cinq dents ayant nécessité leur extraction et la pose d'un appareil dentaire complet de la mâchoire supérieure, aucune lésion objectivable n'a été démontrée et le traumatisme crânio-cérébral diagnostiqué a été décrit comme léger. Seuls des troubles d'ordre psychogène ont persisté. Or, ceux-ci sont (à tout le moins pour les plus gênants d'entre eux, à savoir les troubles visuels) susceptibles de s'amender grâce à un traitement médicamenteux assez simple, prescrit par le professeur Y\_\_\_\_\_. Il est par conséquent plus que douteux que de telles atteintes puissent être qualifiées de lésions corporelles graves au sens de l'art. 122 CP, mais de toute manière, cette question n'est pas déterminante en l'espèce. En résumé, on ne voit pas quelles circonstances l'agression - qui était certes de nature à marquer sa victime d'un point de vue subjectif - comporterait qui permettraient de qualifier celle-ci d'accident grave, voire même d'accident de gravité moyenne à la limite supérieure. En faisant abstraction du ressenti personnel du recourant, il y a lieu de constater qu'il a été victime d'un accident de gravité moyenne.

b/bb) En l'occurrence, les critères déterminants que sont, aux termes de la jurisprudence citée ci-dessus, la gravité des lésions subies, la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes ainsi que de la durée et le degré de l'incapacité de travail dus aux seules atteintes à la santé physique, font défaut. D'une part, les lésions physiques - et quand bien même le dentiste du recourant a dû procéder à l'extraction de 5 dents - ne sauraient être qualifiées de graves. D'autre part, le traitement dentaire a été mené relativement rapidement et le statu quo sine concernant l'épaule a été atteint neuf mois après l'accident, les soins ultérieurs n'étant plus dispensés en raison de séquelles physiques de l'accident. Au demeurant, on relève que l'assuré a très vite relaté ne prendre qu'un cachet d'aspire de temps à autre pour les douleurs résiduelles de

l'épaule. Enfin, il n'y a eu ni complications importantes, ni erreur médicale dans le processus de guérison. Quant au caractère de l'agression, s'il ne fait pas de doute qu'elle s'est révélée assez brutale, on ne saurait admettre (cf. les considérations émises au consid. 7a/bb ci-dessus) qu'elle revêt un caractère impressionnant d'une acuité particulièrement élevée au sens de la jurisprudence.

En conséquence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement du 30 septembre 2001 et les troubles psychiques du recourant doit être nié. Le recours se révèle par conséquent mal fondé.

8. Le recourant succombe, de sorte qu'il ne saurait prétendre une indemnité de dépens pour la présente procédure judiciaire (art. 61 let. g LPGA a contrario).

**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