

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2488/2006

ATAS/1175/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 novembre 2011

3ème Chambre

En la cause

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

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung, sise Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 LUCERNE

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Violaine LANDRY ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur B_____, née en 1946, a travaillé comme chauffeur de bus pour les X_____. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après SUVA).
2. Le 30 septembre 2001, l'assuré a été victime d'une agression. Selon les déclarations faites à la gendarmerie le 2 octobre suivant, il avait fini son service en début de soirée et était en train de rouler avec son véhicule personnel en direction de CRAN-VES-SALES, en France, pour rentrer chez lui, lorsqu'un autre conducteur lui a fait un geste grossier de la main à hauteur de la route de Florissant, à Genève, a rabattu son véhicule devant le sien et a freiné brusquement avant de rouler lentement et d'empêcher toute manœuvre de dépassement jusqu'à la bretelle de la sortie d'auto-route d'Annemasse. Là, le conducteur du véhicule a forcé l'assuré à s'arrêter en se mettant en travers de la route et en lui bloquant le passage. Le conducteur et son passager se sont alors approchés de l'assuré, l'ont insulté ; le conducteur l'a pris par le col et l'a secoué tandis que le passager lui tordait le bras gauche derrière le dos ; enfin, l'un des deux hommes lui a asséné de violents coups de poings sur le côté droit du visage.
3. Le Dr L_____, médecin traitant de l'assuré venu l'examiner le lendemain matin à son domicile, a constaté un œdème à l'hémiface droite et l'existence de douleurs à l'épaule et à la tête ainsi qu'un trouble visuel.
4. La SUVA a pris le cas en charge.
5. L'assuré a dû subir un traitement dentaire et des radiographies de l'épaule ont montré une périarthrite scapulo-humérale calcifiante mais pas de lésion osseuse.
6. Le Dr M_____, ophtalmologue, a fait état d'un probable traumatisme crânien avec importante dégradation de l'acuité visuelle. Au vu de cette évolution et de l'apparition de troubles mnésiques, une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale a été réalisée le 10 octobre 2002 qui n'a révélé aucune anomalie au niveau des cavités orbitaires mais une nette atrophie cortico-sous-corticale bilatérale sus et sous tentorielle.
7. Par décision du 13 avril 2006, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 30 avril 2006, au motif que les troubles non organiques dont souffrait l'assuré n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec les événements du 30 septembre 2001. Cette décision a été confirmée sur opposition le 6 juin 2006. Ces décisions se basaient notamment sur :

- une expertise réalisée auprès de la Clinique et polyclinique de neurologie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) ayant donné lieu à un rapport des Drs N_____, neurologue, et O_____, neuropsychologue, en septembre 2004 ; les experts ont confirmé l'existence d'une atteinte de l'acuité visuelle binoculaire à prédominance droite avec des résultats variables selon les épreuves effectuées ainsi qu'une diminution des fonctions mnésiques et exécutives, à mettre en relation avec la réaction psychologique de l'assuré à l'accident ; les médecins n'ont pas exclu un processus neuro-dégénératif mais l'ont jugé peu vraisemblable ; les diagnostics retenus étaient les suivants : trouble psychique post-traumatique, trouble visuel d'origine indéterminée, status post-capsulite rétractile post-traumatique ;

- une expertise neuro-ophtalmique du Dr P_____, de l'HOPITAL OPHTALMIQUE JULES GONIN, faisant mention d'une acuité visuelle corrigée de 0,6 obtenue seulement après un long fogging des deux yeux et d'une perturbation des champs visuels par la présence d'une "composante fonctionnelle non organique" ;

- une appréciation des Drs Q_____ et R_____, respectivement médecin conseil ophtalmologiste et médecin d'arrondissement spécialiste en chirurgie de la SUVA, émettant l'avis, pour le premier, que les problèmes visuels de l'assuré étaient probablement l'expression d'une problématique psychique (rapport du 18 novembre 2005) et, pour le second, que le statu quo sine était atteint en ce qui concernait les troubles de l'épaule gauche (rapport du 30 mars 2006).

8. Saisi d'un recours interjeté par l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent- l'a rejeté en date du 31 janvier 2008 (ATAS/153/2008). Le Tribunal cantonal a reconnu pleine valeur probante aux rapports des Drs N_____ et S_____ et du Prof. P_____. En conséquence, le Tribunal a considéré que l'ensemble des atteintes à la santé encore présentes chez l'assuré devaient être qualifiées de psychiques vu l'absence de substrat organique, et a nié l'existence d'un lien de causalité adéquat entre ces troubles et les événements.
9. Saisi à son tour par l'assuré, le Tribunal fédéral (TF), par arrêt du 16 février 2009 (8C_268/2008) a admis son recours et annulé le jugement du 31 janvier 2008 avant de renvoyer la cause au Tribunal cantonal pour complément d'instruction.

Le TF a jugé que - contrairement à ce qu'avaient retenu la SUVA et le Tribunal cantonal - des zones d'ombre subsistaient quant aux causes et à l'étendue de la perte fonctionnelle des yeux de l'assuré et que, dans ces circonstances, il n'était pas possible d'admettre ou d'exclure au degré de vraisemblance prépondérante requis que l'agression ait entraîné une atteinte physique dont les effets auraient conduit à une

altération de la vue. Selon le TF, l'expertise des HUG ne suffisait pas pour lever l'incertitude car elle ne se prononçait pas clairement sur l'atrophie cérébrale. En conséquence le TF a estimé qu'il n'était pas possible de conclure à une origine psychique du trouble visuel par défaut, en l'absence d'un diagnostic somatique et sans examen personnel de l'intéressé par un psychiatre, à moins d'avoir une explication médicale circonstanciée sur les mécanismes psychiques susceptibles de mener une personne - dont il est établi qu'elle ne rencontrait pas de problème de vue particulier précédemment - à développer après coup et sans substrat physique évident un état comparable à celui d'une perte de la fonction visuelle. A cet égard, le TF a relevé que les divers examens spécialisés ordonnés avaient laissé des questions médicales ouvertes, en particulier celle de l'existence éventuelle, au moment de la suppression du droit aux prestations, d'un déficit fonctionnel organique et/ou d'une affection psychiatrique susceptibles d'expliquer les symptômes de l'assuré ainsi que l'origine de ses affections. En conséquence, le TF a préconisé une approche pluridisciplinaire intégrant une discussion de synthèse entre les divers spécialistes ayant accès à l'ensemble du dossier médical.

10. Par ordonnance du 16 avril 2009, le Tribunal cantonal a dès lors mandaté le INSELSPITAL de Berne auquel il a confié le soin de procéder à une expertise pluridisciplinaire neurologique, neuropsychologique, ophtalmologique, rhumatologique, psychiatrique, ainsi qu'un avis spécialisé en radiologie.
11. Le rapport d'expertise a été rendu le 30 mars 2010. Rédigé en allemand, il a été dûment traduit en français.

L'expertise neuropsychologique a donné lieu à un rapport rédigé le 12 janvier 2010 par les Drs T_____, responsable du département, U_____, neuropsychologue en chef et BASS, neuropsychologue. En résumé, ces médecins ont observé chez le patient des pertes cognitives concernant surtout les capacités mémorielles linguistiques, les fonctions de concentration, les fonctions visuelles constructives et exécutives qu'ils ont qualifiées globalement de légères à modérées. Les médecins n'ont pas observé de symptômes dépressifs. Ils ont constaté, en comparant leurs résultats avec ceux des examens préalablement pratiqués sur le plan neuropsychologique, une différence marquée. Les médecins ont fait part de leur perplexité devant la variabilité des résultats obtenus au cours des différents examens. Selon les experts, il est improbable que les pertes cognitives constatées soient une conséquence post-traumatique de l'accident d'une part parce que le dossier ne contient pas d'indice clair en faveur d'une atteinte cérébrale nette traumatique (au pire, il y a eu légère commotion cérébrale, or une telle atteinte n'est généralement pas suivie de troubles du fonctionnement cérébral persistants), d'autre part parce que le premier examen neuropsychologique pratiqué en 2002 aurait déjà dû montrer un profil de capacité semblable au niveau des pertes, ce qui n'a pas été le cas. Du point de vue neuropsychologique, aucun lien de causalité entre les limitations de capacité détectées et l'accident n'a donc pu être clairement établi. Les experts n'ont pas exclu un

début de processus dégénératif mais ils ont relevé que l'ensemble des résultats ne concordait pas avec une maladie dégénérative primaire et qu'il n'y avait pas non plus d'indices d'une évolution dégénérative secondaire. D'un point de vue purement neuropsychologique, les experts ont évalué la capacité de travail à 50 % dans l'activité de boucher et à 0 % dans celle de chauffeur de transports publics, conformément aux exigences médicales minimales requises pour les chauffeurs professionnels.

En définitive, les médecins ont conclu à une éventuelle commotion cérébrale et à un état après troubles de la capacité post-traumatiques et symptômes dépressifs décrits en 2005 et 2006 désormais stables. Ils ont également noté une atrophie cérébrale corticale et sub-corticale diagnostiquée pour la première fois en 2002 sans évolution significative depuis lors et des troubles cognitifs légers à modérés.

Le volet ophtalmologique de l'expertise a fait l'objet d'un rapport le 30 mars 2010 par les Drs V_____, orthoptiste, W_____, orthoptiste en chef adjointe et A_____, médecin-chef, ainsi que le Prof. AA_____, directeur du Centre d'ophtalmologie. Les médecins ont constaté une grave réduction fonctionnelle de la vision et du champ de vision, plus marquée à droite qu'à gauche. Ils ont précisé que la périmétrie spirale de Goldman positive et l'absence d'élargissement du défaut de champs de vision pour un doublement de la distance n'étaient pas compatibles avec une maladie organique. Le champs de vision était fortement limité concentriquement des deux côtés mais le patient pouvait cependant se déplacer avec assurance dans l'espace et les saccades s'effectuer efficacement. La réduction de vision subjective marquée contrastait avec les constatations. Quant aux images dédoublées monoculaires et binoculaires, les experts n'en ont pas non plus trouvé la cause et en ont tiré la conclusion qu'elles étaient également d'origine fonctionnelle.

L'expertise neurologique pratiquée par le Prof. AB_____, médecin chef en neurologie et le Dr AC_____, médecin-assistant, a fait l'objet d'un rapport séparé, sur la base du dossier, d'un entretien et d'un examen de l'assuré, de l'expertise partielle neuropsychologique et des examens effectués dans le centre des troubles de la vision et de la perception. Il a été relaté que depuis l'accident, l'assuré se plaignait de maux de tête quasi quotidiens, d'acouphènes, d'une sensation d'instabilité et de vertiges, de douleurs au niveau de l'épaule gauche, de troubles mnésiques et d'une forte absence de motivation, bien que des pensées concrètes de suicide telles que celles ayant surgi en 2002 ne soient plus apparues depuis lors et que les cauchemars aient disparu depuis environ deux ans. Des examens supplémentaires sous forme d'IRM du crâne ont été pratiqués. Finalement ont été retenus à titre de diagnostics : une diminution de vision d'origine psychique et limitation du champs de vision des deux côtés, plus marquée à droite, une atrophie cérébrale généralisée d'origine incertaine, un état après trouble post-traumatique et symptômes dépressifs après agression et léger traumatisme crânien, une diminution des capacités cognitives qualifiée de légère à modérée et des maux de tête chroniques après traumatisme

crânien léger. Les médecins ont expliqué que les examens du système visuel avaient donné des résultats non compatibles avec une maladie organique et indiquant une origine psychique. L'examen de la vision avec des méthodes spécifiques de mesures avait indiqué une vision atteignant 1,0 des deux côtés. A cet égard, les experts ont relevé que le Dr P_____, en septembre 2005, avait déjà conclu que la réduction de la vision et de la limitation du champs de vision était fonctionnelle et non organique. Le Dr AD_____ avait également attiré l'attention, dans son rapport de février 2006, sur la discordance entre les résultats cliniques et la gravité du handicap mais l'avait interprétée dans le cadre d'une éventuelle agnosie visuelle. Le Prof. AE_____, avait également, dans son expertise du 30 juin 2006, indiqué que les troubles visuels devaient plutôt être attribués à l'atrophie occipitale située dans la zone du cortex visuel, visible sur les IRM, hypothèse écartée cependant par les experts, au motif qu'aucune agnosie visuelle n'a pu être observée et que les troubles de la vision n'ont pas évolué. Selon eux, il n'existe pas de lien entre les troubles visuels et l'atrophie cérébrale découverte. Quant aux images dédoublées mononucléaires et binoculaires évoquées par l'assuré, les experts n'ont trouvé aucune corrélation avec leurs examens qui pourrait indiquer une origine organique. Les experts ont encore relevé que la motilité normale des yeux et l'examen ophtalmologique normal du Dr P_____ en septembre 2005 confirmaient la probabilité d'une genèse fonctionnelle non organique. A la question de savoir pourquoi l'assuré qui jouissait auparavant de fonctions visuelles normales et d'un état psychique équilibré avait pu développer un handicap visuel aussi grave d'origine psychique, les experts ont indiqué qu'il était difficile de répondre avec précision. Ils ont évoqué la possibilité que les troubles de charges post-traumatiques aient pu agir comme déclencheur du développement de troubles visuels d'origine psychique. Certes, l'expérience montre que les troubles d'origine psychique ont la plupart du temps une origine organique, même infime. A cet égard, les experts ont relevé que le Dr L_____ avait attesté en octobre 2001 de blessures post-traumatiques sur la partie droite du visage et de troubles visuels de l'œil droit, que le Dr M_____ avait confirmé en octobre 2001 un trouble de la vision et du champ de vision de l'œil droit et que ce n'est que dans un second certificat établi en août 2002 que ce médecin avait constaté également une baisse de vision du côté gauche. Les experts ont indiqué qu'il leur était impossible de quantifier la proportion de la cause organique à la problématique générale. Selon leurs examens, cette cause organique doit être moindre et reste dissimulée derrière l'extension presque grotesque du trouble de la vision d'origine psychique. Les experts ont évoqués la possibilité de mécanismes complètement inconscients pour le patient et souligné qu'un traumatisme du type de celui subi par ce dernier ne mène normalement pas à de tels troubles psychiques. Selon les experts, il est possible que le patient ait superposé inconsciemment des troubles fonctionnels d'origine psychique à des déficits déjà existants.

Par ailleurs, les experts n'ont pu se prononcer sur l'origine de l'atrophie cérébrale généralisée marquée au niveau insulaire, fronto-temporo-operculaire et occipital. Ils ont relevé que cette lésion n'avait pas évolué depuis octobre 2002 et qu'elle ne pouvait pas être attribuée au traumatisme crânien léger car un tel traumatisme ne conduit au maximum qu'à des troubles fonctionnels temporaires ne pouvant être identifiés sur imagerie et ne menant pas à une dégénération visible des tissus du cerveau. Or, aucune lésion traumatique du tissu cérébral n'avait été mise en évidence à l'IRM. Les experts ont indiqué pencher en conséquence pour un processus dégénératif d'évolution très lente ne pouvant pour l'instant être affecté au niveau étiologique. Il n'y avait pas d'indice permettant de conclure à une maladie neuro-dégénérative ou à un processus dégénératif secondaire.

S'agissant des difficultés mnésiques, les experts ont indiqué que le diagnostic différentiel permettait d'évoquer une déficience fonctionnelle cognitive congénitale démasquée par le traumatisme et la maladie psychique consécutive.

Une relation entre l'atrophie cérébrale décrite et une maladie neuro-dégénérative à évolution lente non définie a également été évoquée.

Quant aux maux de tête, il a été constaté qu'ils remplissaient les critères d'une migraine chronique de forte intensité dont il a été indiqué qu'il pourrait s'agir de maux de tête post-traumatiques, normalement seulement temporaires lors de traumatismes crâniens légers mais pouvant, dans une minorité de cas, évoluer pour des raisons inconnues en maux de tête chroniques.

Aucune corrélation avec l'examen clinique n'a été trouvée pour les troubles du vertige persistant aux mouvements. En particulier aucune atteinte du système vestibulaire cérébelleux ou sensible n'a été mise en évidence. Le diagnostic différentiel a permis d'envisager une régulation de la tension liée à une chute de la tension limite après le lever.

En définitive, les experts ont conclu que les troubles visuels étaient l'expression d'un trouble fonctionnel sévère d'origine psychique. A la question de savoir si les affections diagnostiquées étaient en relation de causalité naturelle avec l'événement du 30 septembre 2001, ils ont répondu par la négative. Quant au statu quo sine, il a été relevé que dès l'automne 2004, des doutes avaient été émis sur l'aspect organique des troubles, les présentant comme possiblement d'origine psychique. Selon les experts, au moment de la suppression des prestations - c'est-à-dire en avril 2006 -, il n'y avait probablement pas de déficit organique pouvant expliquer les troubles fonctionnels du patient. S'il est en effet possible que dans les premiers mois, éventuellement les premières années après l'accident, des troubles de charge post-traumatiques apparaissent, jouant le rôle de déclencheur pour des troubles d'origine psychiques, le lien de causalité a disparu. Sur ce point, les experts ont dit partager l'avis du Dr AF_____.

12. Par écriture du 20 avril 2010, l'intimée a relevé que les experts confirmaient que les troubles décrits par le recourant étaient dépourvus de tout substrat organique et cela depuis au moins le 30 avril 2006.
13. Quant au recourant, il a, dans ses écritures du 24 juin 2010, répété qu'avant l'agression, il était en parfaite santé et ne souffrait d'aucun symptôme.

Le recourant s'étonne que les experts excluent que l'atrophie cérébrale constatée puisse être d'origine traumatique. Il fait remarquer que ni le Prof. AE _____ ni le Dr AF _____ n'ont exclu qu'elle puisse être une conséquence de l'accident.

Quant à l'origine supposément psychique de ses troubles visuels, il fait remarquer qu'aucun psychiatre ne l'a examiné au INSELSPITAL.

14. Par ordonnance du 11 octobre 2010, le Tribunal cantonal a ordonné une expertise complémentaire psychiatrique qu'il a confiée au Dr AG _____.
15. Ce dernier a rendu son rapport en date du 8 février 2011, sur la base du dossier, d'un entretien avec l'assuré, d'un entretien téléphonique avec le médecin traitant de celui-ci.

L'expert psychiatre a relevé que quatre bilans neuropsychologiques avaient été réalisés successivement le 31 novembre 2002, le 20 août 2004, le 30 juin 2006 et enfin en mars 2010 et que les troubles mnésiques constatés avaient unanimement été reconnus comme n'étant pas en lien avec le traumatisme subi par l'expertisé.

L'expert a indiqué avoir constaté un léger ralentissement psychomoteur, une thymie neutre, un discours cohérent, un fléchissement cognitif (oublis, difficultés à situer de manière chronologique les événements) de gravité légère ne pouvant préjuger d'un déficit cognitif. Le Dr AG _____ a conclu à un trouble dépressif récurrent épisode léger avec syndrome somatique et à un état de stress post-traumatique en rémission. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger a été posé vu l'absence de persistance de symptômes dépressifs. Quant à celui de syndrome de stress post-traumatique, il a été retenu en raison du fait que les symptômes florides de cette affection, désormais absents, avaient existé de manière significative durant les six années suivant l'agression selon les différents rapports et expertises figurant au dossier.

Il a été relevé que le médecin traitant avait fait état d'un état dépressif antérieur à l'agression ayant nécessité une pharmacothérapie en 1996 et de l'existence sur plusieurs années de symptômes typiques de l'état de stress post-traumatique, ayant commencé à régresser six ou sept ans après l'agression. L'expert en a tiré la conclusion qu'il avait existé un problème de dépression antérieur à l'agression et donc une pathologie préexistante et sans lien avec l'événement.

S'agissant des troubles de la vue qui ont pris une place importante dans la symptomatologie résiduelle, l'expert a retenu une origine multifactorielle. Selon lui, les troubles visuels décrits ne sont pas caractéristiques d'une atteinte psychique mais il n'est pas exclu qu'un traumatisme puisse avoir des répercussions multiples et diverses, notamment sensorielles, qui pourraient expliquer en partie les troubles visuels. A cet égard, l'expert a indiqué qu'il n'était pas en mesure d'expliquer l'apparition de ces troubles du point de vue psychique si ce n'est par une hypersensibilité et une anxiété persistante qui accentueraient une perception visuelle défaillante d'origine multifactorielle. Selon lui, des phénomènes de vieillissement interviennent probablement également.

Quant au trouble dépressif récurrent, l'expert psychiatre a estimé qu'il n'était pas en lien direct avec l'événement quoique ce dernier ait indubitablement contribué à l'aggravation d'un épisode existant ou au déclenchement d'un nouvel épisode ayant d'ailleurs conduit à une tentative de suicide quelques mois plus tard.

L'expert a considéré qu'en revanche, l'état de stress post-traumatique désormais en rémission était en lien avec l'événement puisque des flash-back, souvenirs envahissants, états d'hyper-vigilance et cauchemars étaient apparus après l'agression. Ce diagnostic, malgré l'existence de symptômes résiduels, était désormais en totale rémission et ce, depuis le milieu de l'année 2008 seulement.

16. Dans ses conclusions du 16 mars 2011, la SUVA a relevé que si le Dr AG_____ semblait fixer le statu quo sine des troubles psychiques à la mi 2008 plutôt qu'au 30 avril 2006, il se déclarait en revanche incapable de préciser l'intensité, l'ampleur ou le caractère invalidant de l'état de stress post-traumatique du recourant durant les six années ayant suivi l'agression. L'intimée soutient que l'existence d'une relation de causalité adéquate entre les troubles et l'accident doit être niée et persiste dans ses conclusions.
17. Quant au recourant, dans ses écritures du 18 mars 2011, il a également persisté dans ses conclusions en relevant que l'agression subie en septembre 2001 a nui fortement à son état psychique et ce, durant une très longue période. Il conclut que ses troubles sont en rapport de causalité tant naturelle qu'adéquate avec l'événement en question. Enfin, il allègue avoir continué à subir les conséquences de l'agression bien après le mois de juin 2008 ; il en veut pour preuve que son état ne s'est pas amélioré sur le plan oculaire et conteste dès lors avoir recouvré son équilibre psychique.

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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 assu-

rances 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été admise, il n'y a pas lieu d'y revenir.
3. La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} 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 le droit du recourant au versement des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 avril 2006 suite à 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 encore présentes chez l'intéressé.
5. Ainsi que l'a relevé le Tribunal cantonal dans son arrêt du 31 janvier 2008, il est incontestable et incontesté en l'espèce que l'agression subie par le recourant en date du 30 septembre 2001 constitue un accident au sens de la loi.
6. a) 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. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181; 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv. consid. 3b). Il convient en prin-

cipe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337 sv et l'arrêt cité). La jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue (ATF 134 V 109 consid. 9 p. 122 ss).

ba) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 p. 181; 402 consid. 2.2 p. 405; 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 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 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 382 ss; 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss).

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 pré-

sence 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).

7. On rappellera encore que, 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).

8. En l'espèce, il convient d'examiner si c'est à juste titre que les atteintes à la santé dont se prévaut l'assuré ont été qualifiées de psychiques par l'intimée.

Force est de constater que tel est le cas.

Aux avis des Drs N_____ et S_____ du 16 septembre 2004 (expertise neurologique et neuropsychologique), du Prof. P_____ du 30 septembre 2005 (expertise neuro-ophtalmologique), des médecins spécialistes de l'intimée (Drs AH_____ et AF_____) et du Dr R_____, médecin d'arrondissement, se sont ajoutés à l'instigation du TF ceux des médecins du INSELSPITAL et du Dr AG_____. Les rapports des médecins du INSELSPITAL et du Dr AG_____ peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante dans la mesure où ils remplissent tous deux, à l'évidence, les critères jurisprudentiels énumérés supra. Le recourant ne remet d'ailleurs pas en cause leur valeur probante. Tout au plus continue-t-il à soutenir que l'agression a nui fortement à son état psychique et lui nuit encore aujourd'hui ; il soutient que ses troubles sont en rapport de causalité tant naturelle qu'adéquate avec l'événement au motif qu'avant celui-ci, il se portait parfaitement bien.

Or, les experts du INSELSPITAL ont pourtant corroboré l'avis des précédents experts en concluant qu'il était improbable que les pertes cognitives constatées soient une conséquence post-traumatique de l'accident et en expliquant de manière détaillée pour quelles raisons. Du point de vue neuropsychologique, aucun lien de causalité entre les limitations de capacité détectées et l'accident n'a donc pu être clairement établi.

Sur le plan strictement ophtalmologique, les experts ont fait les mêmes constatations que les précédents et conclu que la réduction de vision subjective marquée contrastait avec leurs observations objectives. Ils ont eux aussi exclu toute origine organique au vu des examens et estimé que l'origine des troubles était bien psychique, rejoignant ainsi le Dr P_____. Ils ont au surplus écarté de manière convaincante l'hypothèse d'une agnosie émise par le Dr AD_____, tout comme celle d'une relation de causalité avec l'atrophie cérébrale dont ils ont expliqué qu'elle ne présentait aucun caractère traumatique. Les experts ont relevé que la motilité normale des yeux et l'examen ophtalmologique normal du Dr P_____ en septembre 2005 confirmaient la probabilité d'une genèse fonctionnelle non organique. Sans pouvoir se montrer tout à fait catégoriques, ils ont expliqué, ainsi que le demandait le TF, que les troubles de charges post-traumatiques avaient pu agir comme déclencheur du développement de troubles visuels d'origine psychique, évoquant de possibles mécanismes complètement inconscients pour le patient et la possibilité que ce dernier ait superposé inconsciemment des troubles fonctionnels d'origine psychique à des déficits déjà existants.

S'ils n'ont pu se prononcer sur l'origine de l'atrophie cérébrale constatée chez l'assuré, les experts ont toutefois relevé que cette lésion n'avait pas évolué depuis octobre 2002 et qu'elle ne pouvait être attribuée au traumatisme crânien léger qu'il avait subi, aucune lésion traumatique du tissu cérébral n'ayant été mise en évidence à l'IRM.

En définitive, les experts du INSELSPITAL, tout comme les experts précédents, ont exclu que les troubles visuels soient l'expression d'un trouble organique.

Quant au Dr AG_____, il admet que si les troubles visuels décrits par le recourant ne sont pas caractéristiques d'une atteinte psychique, il n'est pas exclu qu'un traumatisme puisse avoir des répercussions multiples et diverses, notamment sensorielles, pouvant les expliquer en partie. A cet égard, l'expert a indiqué qu'il n'était pas en mesure d'expliquer l'apparition de ces troubles si ce n'est par une hypersensibilité et une anxiété persistante qui accentueraient une perception visuelle défaillante d'origine multifactorielle. Selon lui, des phénomènes de vieillissement interviendraient probablement également.

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 non organique.

Reste dès lors à examiner si les conditions relatives à l'existence d'un lien de causalité sont remplies en l'espèce.

9. La question de la causalité naturelle peut rester ouverte dans la mesure où il apparaît que le lien de causalité adéquate doit être nié.

Dans son arrêt, le Tribunal cantonal a retenu que l'accident devait être qualifié de moyennement grave. Il convient de se référer aux développements du Tribunal cantonal sur ce point, le TF n'ayant pas remis en question cette appréciation.

Il convient donc d'examiner les critères déterminants évoqués supra. Or, ainsi que l'avait constaté le Tribunal cantonal précédemment, ceux relatifs à la gravité des lésions subies, à la durée anormalement longue du traitement médical, aux douleurs physiques persistantes ainsi qu'à la durée et au degré d'incapacité de travail dus aux seules atteintes à la santé physique font défaut. D'une part, les lésions physiques - quand bien même le dentiste du recourant a dû procéder à l'extraction de cinq 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 par le Tribunal cantonal dans son arrêt ; consid. 7a/bb) 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.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE 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; RS 173.110); 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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