

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3509/2010

ATAS/118/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 2 février 2011

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur L_____, domicilié à Meyrin, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Georges ZUFFEREY

recourant

contre

AXA WINTERTHUR, Sinistres Suisse; ch. de Primerose 11; case
postale, 1002 Lausanne, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître Didier ELSIG

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et
Christine BULLIARD MANGILI, Judges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur L_____, né en 1958, était engagé à 50 % depuis le 23 mai 2008 en qualité d'agent de sécurité auxiliaire par X_____ SA. A ce titre, il était assuré à l'AXA WINTERTHUR (ci-après : l'assureur-accidents, puis intimée) contre le risque d'accidents.
2. Le 28 août 2008, l'assuré s'est fait agresser par trois personnes dans une boulangerie, dans laquelle il avait l'intention de récupérer du matériel de boulangerie qu'il avait prêté. Selon le constat médical du 26 août 2008 du Service d'urgence de l'Hôpital de la Tour, il a déclaré avoir reçu un coup de poing à l'œil droit et, après s'être écroulé au sol, avoir reçu plusieurs coups de pied, notamment à la tempe droite et à l'abdomen, puis avoir été lancé sur le trottoir. Il n'y aurait pas eu de perte de connaissance. Il se plaint de céphalées temporales et frontales droites, d'une douleur à l'œil droit, d'une baisse de l'acuité visuelle de cet œil et de douleurs au flanc gauche.
3. Dans son rapport du 3 octobre 2008, le Dr A_____ émet les diagnostics de traumatisme cranio-cérébral, d'œdèmes et hématomes dans la région orbitaire droite, de troubles visuels, de contusion nasale et temporale à droite, ainsi que de choc psychologique. De fortes céphalées et vertiges persistent. L'assuré présente également une angoisse, une dépression et une insomnie. Le traitement consiste en infiltrations, anxiolytiques, antidépresseurs et psychothérapie. La capacité de travail est nulle depuis l'accident.
4. Le 4 novembre 2008, une IRM du cerveau est pratiquée. Cet examen met en évidence une atrophie cortico-sous-corticale, des foyers punctiformes en substance blanche, de localisation péri-ventriculaire et dans les centres semi-ovales d'origine ischémique et un kyste arachnoïdien. Il n'y a pas d'effet de masse ni déplacement de la ligne médiane ni hématome ni dilatation anévrysmale ni shunt artério-veineux.
5. Selon le rapport relatif à l'IRM de l'épaule gauche pratiquée le 10 novembre 2008, cet examen révèle un signal hyperintense de la surface inférieure du sus-épineux traduisant un status post-rupture partielle, non transfixiante, un épanchement intra-articulaire acromio-claviculaire et une formation ovalaire au sein du muscle de l'infra-épineux évoquant un lipome.
6. Dans son rapport LAA du 5 décembre 2008, le Dr A_____ mentionne les diagnostics de traumatisme cranio-cérébral avec multiples contusions et hématome sur le visage, périarthrite scapulo-humérale (PSH) gauche sur choc et un choc psychologique. Quant à l'évolution du cas, ce médecin indique que les céphalées et les vertiges ont diminué mais que les problèmes de mémoire et de concentration persistent (foyers ischémiques sur IRM cérébral). Il y a aussi une aggravation des

douleurs et un handicap fonctionnel de l'épaule gauche. Le traitement est resté identique.

7. Dans un rapport médical de la même date, le Dr A_____ confirme le rapport LAA et indique que les séquelles post-traumatiques sont susceptibles de perdurer, voire de laisser un handicap définitif.
8. Dans son rapport LAA du 23 janvier 2009, le Dr A_____ émet les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral et de lésions ischémiques periventriculaires compatibles avec des séquelles de traumatisme, un status post-contusions nasales, orbitaires et temporales droites, un choc psychique, un état dépressif réactionnel et un PSH droite post-traumatique. Sur le plan physique, l'évolution est bonne, mais un défaut de concentration et un état dépressif réactionnel persiste. L'incapacité de travail est toujours totale.
9. Le 2 juin 2009, l'assuré est soumis à un examen neuropsychologique par Madame M_____, psychologue et neuropsychologue. Dans son rapport de la même date, elle constate que cet examen ne révèle aucun déficit et met en évidence un status cognitif dans la norme.
10. Dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire, l'assuré est examiné en date du 19 mai 2009 par le Dr B_____, orthopédiste. Dans son rapport du 23 juin 2009, cet expert mentionne que l'assuré, droitier, se plaint de douleurs dans toute la colonne, survenant par intermittence et dépendant des mouvements. Il n'y a pas de douleurs nocturnes. Elles se situent surtout dans la région cervico-scapulaire gauche et descendent jusqu'au coude gauche. Elles surviennent par crises et ne durent pas longtemps. Parfois, il souffre de lombalgies. L'assuré se plaint également d'une diminution de la force musculaire à l'épaule gauche. Il a été manipulé à la nuque et ça va mieux. Actuellement, à part des médicaments, il n'y a aucun traitement particulier. L'assuré admet qu'il y a une lente amélioration, mais son angoisse est très importante et reste le principal obstacle à une reprise professionnelle. Le Dr B_____ émet le diagnostic de status après contusion de l'épaule gauche et d'une lésion dégénérative vraisemblable, relativement minime, de la face inférieure du tendon et du muscle sus-épineux. A l'examen clinique, l'expert n'a notamment pas constaté de contractions lombaire ni cervicale. Les muscles trapèzes sont assez développés, avec une contracture modérée du côté gauche, un peu douloureuse à la palpation. Il y a aussi des douleurs à la palpation des apophyses épineuses cervicales dans la région cervico-dorsale. L'expert ne met pas en évidence une atrophie musculaire de la région de l'épaule gauche par rapport à la droite, ni de troubles de la sensibilité superficielle aux deux membres supérieurs, ni de diminution de la force de préhension de la main gauche par rapport à la droite. La mobilité des épaules est pratiquement symétrique, à part une petite diminution de la rotation interne à gauche, et la mobilité de la tête est légèrement diminuée à droite par rapport à gauche. Dans la discussion, l'expert conclut que les lésions constatées

au niveau du rachis cervical sont de type dégénératif. Elles ont été très vraisemblablement mises en évidence et momentanément péjorées par l'accident. Actuellement, le statu quo ante est en passe d'être retrouvé et le sera probablement à l'échéance d'une année post-événement. En ce qui concerne l'épaule gauche, il est probable que cette épaule a été contusionnée. Cependant, l'image IRM du 10 novembre 2008 ne paraît pas correspondre, ni avec certitude, ni avec probabilité, à une image traumatique. C'est le terme de "rupture" employé par le radiologue qui a pu faire croire, à tort, qu'il s'agit d'une lésion traumatique. Ce n'est toutefois tout au plus que possible. Seule une arthro-IRM aurait été en mesure d'infirmier l'avis de l'expert. Toutefois, il n'a pas estimé opportun de le faire, étant donné l'état fonctionnel tout à fait satisfaisant de l'épaule et au vu de ses constatations cliniques. Sur le plan somatique, rien n'empêche ainsi une reprise du travail antérieur.

11. Dans son rapport du 24 juin 2009, le Dr C_____, neurologue, mandaté dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, mentionne notamment que l'assuré a fait un CFC de confiseur, mais a dû quitter cette profession, en raison d'une allergie à la farine. Après avoir travaillé dans une banque et à la poste et exercé des emplois temporaires, il a ouvert en 1999 un tea-room et a fait un certificat de cafetier. Le 6 avril 2000, il a été victime d'un accident de moto qui a notamment provoqué un traumatisme cranio-cérébral et abouti à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 %. L'assuré avait ensuite travaillé dans une société de contrôle, mandatée par l'aéroport pour la surveillance des bagages, puis chez X_____. L'accident du 6 avril 2000, a entraîné des troubles cognitifs, à l'origine de son invalidité actuelle, notamment des troubles de la mémoire, de l'orientation et de la concentration. Par la suite, une apnée de sommeil a été mise en évidence nécessitant l'usage systématique d'un appareil CPAP que l'assuré utilise scrupuleusement et avec un succès subjectif. Dans les plaintes, le Dr C_____ note, sur le plan neurologique, que l'assuré décrit un changement de caractère depuis l'accident, une mémoire déficitaire qui l'oblige à tout noter et lui a fait manquer des rendez-vous de médecins. Il a aussi une certaine difficulté à s'orienter. Ses angoisses sont beaucoup plus fréquentes et sa vie sociale s'est modifiée. A cela, s'ajoutent des céphalées épisodiques et temporales gauches, non accompagnées de troubles neuro-végétatifs et efficacement traitées par les médicaments. La fréquence des maux de tête est en nette régression (une ou deux fois tous les 10 jours). Le sommeil est qualifié de satisfaisant grâce à la CPAP. Le traitement médical consiste en antidépresseurs, antalgiques et myorelaxants. L'examen neurologique est normal et, selon l'expert, il n'y a actuellement aucun indice d'une dysfonction cognitive ou comportementale liée au dernier traumatisme ou au précédent. Cela est aussi en bonne concordance avec l'évolution professionnelle de l'assuré comme contrôleur de bagages ou agent de sécurité. Les anomalies décrites sur l'IRM cérébral de novembre 2008 sont banales, fréquentes et n'ont certainement aucune correspondance avec le traumatisme crânien et facial de 2008. L'expert fait aussi observer que des foyers punctiformes décrits et l'atrophie diffuse sont fréquemment observés après 50 ans et

que le kyste arachnoïdien temporal gauche est une anomalie malformative et non post-traumatique. Les maux de tête décrits par l'assuré ne correspondent pas à des migraines. Quant au trouble du sommeil, il est traité de façon adéquate par une CPAP. Il est toutefois possible que la qualité du sommeil n'est pas parfaite et que cela a parfois un retentissement sur la capacité de concentration et d'attention.

12. Le 24 juin 2009, le Dr D_____, psychiatre aux HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), rend son rapport d'expertise psychiatrique au sujet de l'assuré. Dans les troubles subjectifs, il mentionne que les vertiges ne sont plus présents comme tels, mais qu'il existe toujours un sentiment d'instabilité et une crainte de perdre l'équilibre. Le sommeil est décrit comme perturbé par l'agression et il doit toujours dormir beaucoup. L'humeur est maussade et l'assuré souffre de troubles anxieux, mais ne se plaint pas de troubles de la concentration. Il s'occupe à chercher du travail, à promener son chien, à lire, à s'occuper du ménage et des repas, à faire les courses et parfois à donner un coup de main pour du bricolage chez des amis. Le Dr D_____ émet les diagnostics de syndrome post-commotionnel, en rémission partielle, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en rémission partielle, et de dysthymie. Ces atteintes empêchent l'assuré d'exercer sa dernière activité. Toutefois, il conserve une capacité de l'ordre de 50 % à exercer son type d'activité habituelle, à condition d'en exclure les interventions de maintien de l'ordre, ainsi que les tâches de nature à faire naître une inquiétude pour sa propre sécurité personnelle. On ne doit pas s'attendre à ce qu'il recouvre une capacité de travail totale pour les activités de maintien de l'ordre ou des activités mettant sa propre sécurité en jeu. Il a cependant une aptitude à 50 % pour toute autre activité et, par la suite, soit à partir de fin 2009, de 100 %. Le traitement médical a amélioré le syndrome post-commotionnel qui est en rémission partielle et le trouble de l'adaptation qui s'est affaibli dans une moindre mesure. Un traitement portant sur les conséquences de l'accident est encore nécessaire pour améliorer le trouble de l'adaptation et, dans une moindre mesure, le syndrome post-commotionnel pendant une durée d'environ six mois avec des séances une fois par semaine ou toutes les deux semaines. Si le traitement proposé est suivi, le pronostic est favorable avec une rémission totale de la symptomatologie et une récupération totale de la capacité de travail. L'agression ne peut en outre pas être considérée comme ayant entraîné une atteinte importante et durable à l'intégrité psychique ou mentale.
13. Suite à l'expertise, les Drs D_____, B_____ et C_____ répondent, en consilium, au questionnaire final pour expertise interdisciplinaire et indiquent que la capacité de travail est globalement de 50 % sur le plan psychique.
14. Par courriers des 8 et 20 juillet, ainsi que du 7 août 2009, l'assureur-accidents annonce à l'assuré son intention de réduire de 50 % le paiement des indemnités journalières à compter du 1^{er} août 2009, puis de les supprimer avec effet au 31 décembre 2009.

15. Par courrier du 19 avril 2010, l'assureur-accidents demande une nouvelle expertise au Dr D_____. Dans ce courrier, il fait état de ce que le Dr A_____ a continué à délivrer des arrêts de travail intégraux et que l'employeur de l'assuré l'a informé au mois de mars que celui-ci n'a toujours pas repris le travail en 2010. Par ailleurs, l'assurance-invalidité a admis un taux d'invalidité de 100 % du 18 décembre 2008 au 31 août 2009, ramené dès le 1^{er} septembre 2009 à 62 %, soit celui qui prévalait à la suite de l'évènement du 26 avril 2000.
16. Dans son rapport d'expertise du 10 mai 2010, le Dr D_____ retient les diagnostics de syndrome post-commotionnel en rémission partielle, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en rémission totale, et de dysthymie en rémission totale. Dans l'anamnèse intermédiaire, il mentionne que l'expertisé n'a pas repris son travail comme prévu. Il s'est contenté d'expliquer que c'était trop tôt. Il a répondu à différentes offres d'emploi début 2010. N'ayant pas obtenu de réponse positive, il est retourné chez X_____. Cette société voulait le licencier, mais il a pu obtenir de rester dans l'entreprise à condition d'apprendre l'anglais, ce qu'il faisait depuis fin avril 2010. Il refuse de s'inscrire au chômage. Du point de vue thérapeutique, il affirme avoir continué à se soigner par physiothérapie, ce qui a amené petit à petit une réduction des douleurs. Depuis environ deux mois, il n'a plus aucun traitement médicamenteux, mais voit encore un psychologue en France tous les 15 jours. A l'examen clinique, l'expertisé n'apparaît pas particulièrement anxieux et l'humeur semble stable, sans aucun signe de ralentissement psychique, de troubles de la concentration, de fatigabilité normale, de tristesse pathologique ou d'altération de l'estime de soi. L'humeur est améliorée par rapport au dernier examen. L'assuré a aussi affirmé que son sommeil s'est beaucoup amélioré. Cependant, il signale la persistance d'une crainte liée à un manque de sécurité générale dans la société. Dans la discussion, l'expert relève notamment que la symptomatologie du trouble post-commotionnel est actuellement très discrète. L'expertisé reconnaît que sa symptomatologie psychique anxieuse et dépressive s'est amendée. Il a cessé tout traitement médicamenteux psychotrope. Il est dynamique et fait des projets pour l'avenir, envisageant même, semble-t-il, de demander à diminuer son invalidité. Concernant la capacité de travail, le Dr D_____ constate que ni l'assuré ni son médecin traitant ne donnent d'explications médicales sur le fait qu'il n'a pas repris une activité professionnelle, alors même que l'assuré admet que, dans les mois qui ont suivi l'expertise, ses douleurs ont progressivement disparu sous l'effet du traitement physiothérapeutique et qu'il a petit à petit arrêté tout traitement psychotrope. L'expert conclut ainsi à une capacité de travail de 50 % dans l'activité actuelle, soit de l'ordre de 25 % d'un temps complet, à compter du 1^{er} juillet 2009, et à 100 %, soit 50 % d'un temps complet, dès le 1^{er} janvier 2010.
17. Par courrier du 17 mai 2010, l'assureur-accidents annonce à l'assuré qu'il lui notifiera une décision lui reconnaissant une incapacité de travail de 50 % du 1^{er} août au 31 décembre 2009 et qu'il mettra un terme à ses prestations dès cette date.

18. Par courrier du 4 juin 2010, l'assuré s'oppose à la suppression des prestations et se détermine sur le rapport d'expertise du Dr D_____ du 19 avril 2010. Il conteste ne pas avoir donné à l'expert des explications sur la prolongation de son arrêt de travail. Il le justifie par des douleurs au niveau du dos, des épaules et de la nuque, ainsi que les céphalées, lesquelles étaient toujours présentes au mois d'août 2009. Le Dr D_____ n'a pas non plus fait mention des foyers ischémiques. L'assuré allègue en outre que sa marche est toujours lente et difficile, l'empêchant de gravir plus d'un étage par les escaliers. Il a aussi des difficultés de concentration et des troubles du sommeil. La mise en place de la CPAP est douloureuse et délicate, les sangles de ce masque appuyant sur la tempe blessée, laquelle est restée longtemps sensible. L'assuré signale aussi de fréquents réveils pour cause de douleurs. Il conteste par ailleurs ne plus prendre des médicaments. Cela est vrai pour les antidouleurs, mais non pas pour l'antidépresseur, à savoir l'EFFEXOR qu'il prend au dosage de 150 mg. Il admet néanmoins que, dans l'ensemble, la qualité de son sommeil est meilleure, sauf lorsqu'il souffre de céphalées et de douleurs au dos, aux bras, aux épaules, à la colonne et à la nuque, ainsi que derrière les genoux. C'est grâce aux soins réguliers et très efficaces d'un physiothérapeute que sa santé s'est améliorée. Le refus de l'assureur-accidents de prendre en charge ce traitement, lui pose un problème financier. Selon l'assuré, le trouble de l'adaptation et la dysthymie ne sont en outre pas en rémission totale.
19. Par décision du 25 juin 2010, l'assureur-accidents met fin au paiement des indemnités journalières au 31 décembre 2009 et au paiement des frais médicaux au 31 août 2009, en ce qui concerne les lésions physiques, et au 31 décembre 2009, en ce qui concerne les atteintes psychiques. Il refuse enfin l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité au titre de l'atteinte à l'intégrité physique.
20. Le 13 juillet 2010, l'assuré forme opposition à cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en se référant essentiellement au courrier qu'il a adressé le 4 juin 2010 à l'assureur-accidents. Pour le surplus, il relève avoir subi une atteinte psychique importante qui ne lui permettra plus de reprendre son activité antérieure, comme le reconnaît le Dr D_____, et implique un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cela est justifié par le fait qu'il craint, suite à l'agression, d'être confronté à des situations de violence et devra adapter ses activités.
21. Dans son courrier du 30 août 2010 au conseil de son patient, le Dr A_____ atteste que celui-ci traîne un "mal-être" permanent teinté d'angoisses, de peur, de découragement et d'une certaine neurasthénie depuis son agression. Malgré la prise en charge thérapeutique et le lourd traitement antidépresseur et anxiolytique, son état psychoaffectif se péjore. Sur le plan physique, l'état dégénératif du rachis-cervical s'est aussi aggravé depuis 2008. Sur les radiographies de contrôle, on trouve une arthrose avec rétrécissement des trous de conjugaison, ce qui explique les vertiges, les céphalées et les paresthésies des membres supérieurs. Le médecin traitant considère aussi que son patient présente un cas typique de syndrome post-

traumatique. Le pronostic est réservé tant sur le plan physique qu'au niveau des troubles somatoformes qui risquent de s'étendre. Tout est entrepris au niveau thérapeutique pour soulager le patient et sa prise en charge devrait se poursuivre pendant de très nombreux mois encore. Le risque de séquelles ne peut être exclu.

22. Par décision du 16 septembre 2010, l'assureur-accidents rejette l'opposition de l'assuré, en se fondant sur les expertises effectuées et en soulignant que seul le Dr A_____ atteste des arrêts de travail, sans donner aucune explication. Une amélioration de l'état de santé a également été admise par l'assurance-invalidité. L'assureur-accidents retire par ailleurs l'effet suspensif à un éventuel recours contre cette décision.
23. Par acte du 15 octobre 2010, l'assuré, représenté par son conseil, recourt contre cette décision, en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif, à l'audition du Dr A_____ et à la mise en œuvre d'une expertise médicale. Principalement, il conclut à l'annulation de la décision sur opposition et à l'octroi d'indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2009 et de soins médicaux au-delà du 31 août et décembre 2009, sous suite de dépens. Concernant sa demande de restitution de l'effet suspensif, il insiste sur sa situation financière difficile. Il reproche essentiellement à l'intimée s'être uniquement fondée sur les appréciations d'experts mandatés par ses soins, dont la valeur probante doit être de ce fait mise en doute, tout en soulignant qu'une incapacité de travail est toujours certifiée par le Dr A_____.
24. Par écriture du 22 octobre 2010, l'intimée conclut au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif.
25. Le 20 décembre 2010, l'intimée conclut au rejet du recours sur le fond, en reprenant pour l'essentiel son argumentation antérieure.
26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPG).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée en raison des atteintes à la santé qu'il présente encore postérieurement au 31 août 2009, en ce qui concerne les frais médicaux relatifs aux affections somatiques, et au 31 décembre 2009, s'agissant des frais médicaux afférents aux traitement des troubles psychiques et des indemnités journalières. Il convient plus particulièrement de déterminer si les atteintes sont en relation de causalité avec l'accident du 26 août 2008 au-delà des dates précitées.
4. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 2 al. 2 LAMal; art. 9 al. 1 OLAA, dans leur teneur en vigueur au moment de l'événement du 2 septembre 2000; cf. ATF 127 V 466, consid. 1 p. 467).

b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [Meyer, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865). A cet égard, la constatation que l'assuré était asymptotique avant l'accident repose sur le principe "post hoc, ergo propter hoc", lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341).

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

Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA non publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*; cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, no 80 p. 865).

5. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a).

L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). Aussi n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01).

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).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Cela dit, le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. Le juge examinera si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal (ATF 125 V 352 ss consid. 3b).

Si les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le litige, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est superflue et le juge peut s'en dispenser par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 428/429), dans le respect du droit d'être entendu de l'assuré.

6. En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise interdisciplinaire par les Drs C_____, B_____ et D_____ en mai et juin 2009, ainsi que d'une expertise psychiatrique complémentaire par ce dernier médecin en 2010. Ces expertises ont été rendues en pleine connaissance du dossier médical du recourant, mentionnent les plaintes de celui-ci et sont fondées sur des examens approfondis. Leurs conclusions sont convaincantes. Ainsi, le Tribunal de céans estime qu'il y a

lieu de leur attribuer une pleine valeur probante. En effet, conformément à la jurisprudence précitée, le seul fait que ces experts ont été mandatés par l'intimée ne met pas en cause leur impartialité.

Selon ces médecins, sur le plan somatique et neurologique, le recourant ne présente aucune atteinte à la santé avec répercussion sur la capacité de travail. Ainsi, déjà de lors de leur expertise pluridisciplinaire en juin 2009, ils ont considéré que, sur le plan physique, sa capacité de travail était complète.

En ce que le recourant allègue, dans son courrier du 4 juin 2010 à l'intimée, qu'il souffre toujours au niveau du dos, des épaules et de la nuque, qu'il a des difficultés pour marcher et monter les escaliers, il est donc contredit par les experts. En effet, le Dr B_____ a indiqué dans son rapport que le recourant marchait sans boiter (p. 9 de l'expertise), les lombaires et la musculature paravertébrale cervicale étaient sans contracture. La seule contracture constatée aux muscles trapèzes était modérée. L'épaule gauche paraissait bien mobile et sans douleurs particulières. Il n'y avait par ailleurs pas non plus d'atrophie musculaire de cette épaule par rapport à la droite. Enfin, les douleurs à la palpation de cette épaule étaient relativement peu marquées et peu invalidantes. Il est à relever à cet égard que le recourant admet, dans son courrier précité, qu'il ne prend plus de médicaments, ce qui démontre également que les douleurs se sont considérablement amendées. Dans ce courrier, le recourant affirme aussi qu'il avait de fréquents réveils pour cause de douleurs. Or, il a déclaré au Dr B_____ qu'il ne souffrait pas de douleurs nocturnes (p. 8 de l'expertise). Il est également étonnant qu'il fasse état de difficultés pour mettre en place l'appareil CPAP, alors qu'il n'en a jamais parlé aux experts mandatés. Au contraire, il leur a indiqué que, grâce à cet appareil, son sommeil était amélioré. Plus d'une année après l'accident, il ne paraît pas vraisemblable que les contusions à la tempe gauche consécutives à l'accident persistent, contusions qui rendraient difficile le port de l'appareil CPAP.

Sur le plan psychique et cognitif, le recourant se plaint de difficultés de la concentration. Toutefois, l'examen neuropsychologique de Mme M_____ a permis de constater qu'il y n'avait aucun déficit sur le plan cognitif.

En ce que le recourant reproche au Dr D_____ de ne pas avoir mentionné les foyers ischémiques, il y a lieu de rappeler que, selon le Dr C_____, les anomalies décrites sur l'IRM cérébral de novembre 2008 sont banales, fréquentes et n'ont certainement aucune correspondance avec le traumatisme crânien et facial de 2008. Cet expert a également considéré que les foyers punctiformes décrits, l'atrophie diffuse étaient fréquemment observés après 50 ans et que le kyste arachnoïdien temporal gauche est une anomalie malformative et non post-traumatique.

Il est vrai que l'assuré semble avoir omis d'indiquer au Dr D _____, lors de son expertise en 2010, qu'il continuait à prendre un traitement antidépresseur. Cependant, même en retenant que le recourant est affecté d'un trouble dépressif, il faudrait admettre que celui-ci est en rémission totale, sous traitement. En effet, le Dr D _____ a constaté en 2010 que l'humeur apparaissait stable, qu'il n'y avait aucun signe de ralentissement psychique, de troubles de la concentration, de fatigabilité anormale, de tristesse pathologique ou d'altération de l'estime de soi. Par rapport à l'examen précédent, l'humeur était améliorée. Cela est également confirmé par le fait que, dans son courrier du 4 juin 2010, le recourant ne se plaint à aucun moment d'un trouble dépressif l'empêchant de reprendre le travail.

En ce qui concerne l'avis contraire aux experts du Dr A _____, celui-ci est isolé et revêt en outre une valeur probante moindre, s'agissant du médecin traitant. En tout état de cause, il conviendrait d'admettre que les atteintes persistantes ne sont aujourd'hui plus dans un rapport de causalité avec l'accident survenu, s'agissant essentiellement de lésions dégénératives qui n'ont été que provisoirement péjorées par l'accident, comme l'a retenu le Dr B _____.

Cela étant, il y a lieu de suivre les avis des experts mandatés par l'intimée et d'admettre que le recourant ne présente plus, depuis le 1^{er} janvier 2010, une incapacité de travail dans une activité adaptée en lien avec l'accident.

Il ne se justifie pas non plus de mettre à la charge de l'intimé les traitements médicaux au-delà du 31 août 2009, sur le plan somatique, et du 31 décembre 2009, les atteintes, pour autant qu'il faille retenir qu'elles persistent, n'étant plus dans un rapport de causalité avec l'accident dès ce moment, selon les experts. Il est à cet égard utile de rappeler que le Dr D _____ a estimé, sur la base d'un examen du 2 juin 2009, que le traitement des troubles psychiques était encore nécessaire pendant environ six mois.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Par conséquent, la demande de restitution de l'effet suspensif devient sans objet.

**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 par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss 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

Maryse BRIAND

Maya CRAMER

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