

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3639/2005

ATAS/245/2008

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**  
**DU TRIBUNAL CANTONAL DES**  
**ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**  
**du 4 mars 2008**

En la cause

Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'Etude de Maître POGGIA Mauro

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente**

### EN FAIT

1. Monsieur M\_\_\_\_\_, né en 1947, était au bénéfice d'indemnités journalières de l'assurance-chômage et à ce titre assuré auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA) lorsqu'il a été victime d'un accident de scooter le 29 novembre 2002. Il a été heurté à la tête par une camionnette de livraison qui effectuait une marche arrière. Il a été conduit en division des urgences médico-chirurgicales des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Les médecins ont diagnostiqué un traumatisme crânio-cérébral, des contusions de l'épaule et du bras droit, des lombes et du bassin, ainsi que des cervicalgies.
2. Dans un rapport adressé à la caisse de chômage le 30 novembre 2002, le Dr A\_\_\_\_\_, médecin traitant, a constaté un status post-contusion du crâne, de la colonne lombaire et du bassin ainsi qu'un status post-commotion cérébrale.
3. Le cas a été pris en charge par la SUVA.
4. Consulté par le médecin traitant, le Prof. B\_\_\_\_\_, médecin chef du service d'ophtalmologie des HUG a, par courrier du 21 janvier 2003, confirmé avoir réalisé une angiographie. Selon lui, "il n'est pas exclu que durant le traumatisme, *l'assuré* ait fait un "whiplash maculopathy" du fait de l'adhérence théorique du vitré entre autre sur la région péri fovéale".
5. Dans un rapport intermédiaire du 5 février 2003, le médecin traitant a qualifié l'évolution de défavorable et signale des pertes de mémoire, des vertiges, de l'insomnie et une raideur musculaire.
6. Le 14 avril 2003, le Dr B\_\_\_\_\_, rappelant que le patient était légèrement diabétique, souligne qu'il sera difficile de distinguer médicalement et d'un point de vue assécurologique, les problèmes diabétiques et traumatiques, dans la mesure où il est assez clairement apparu que le problème visuel relevé après le traumatisme s'inscrit très précisément dans une zone qui a été affectée par la rétinopathie diabétique, et par conséquent, très vraisemblablement, sur la base d'un terrain fortement prédisposant.
7. Invité à se déterminer par la SUVA, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, a considéré que l'assuré présentait manifestement une rétinopathie diabétique classique, étant précisé que l'aggravation du fait de l'accident pourrait tout au plus être indirecte si la glycémie n'avait pas pu être contrôlée à la suite de l'accident (cf. rapport du 26 juin 2003).

8. A la demande de la SUVA, un nouvel examen avec une angiographie en fluorescence a été effectué par le Dr D\_\_\_\_\_ du service ophtalmologique des HUG.

Le Dr C\_\_\_\_\_ a ainsi été en mesure de compléter son rapport du 17 décembre 2003 en indiquant que "la diminution de l'acuité visuelle est due à la maculopathie engendrée par le diabète et n'est donc pas due à l'accident. On ne sait pas si l'éblouissement est important. Personnellement, je n'arrive pas à en expliquer l'origine traumatique. Il se peut cependant qu'il y ait chez ce patient une cataracte présénile telle qu'on la rencontre souvent chez les personnes diabétiques. Il est également possible que l'éblouissement soit associé à l'œdème maculaire. En résumé, on peut plutôt dire que cet éblouissement n'est pas une suite de l'accident. Le cas peut donc être liquidé du point de vue ophtalmologique. Il n'existe aucune atteinte à l'intégrité d'origine ophtalmologique en raison de l'accident".

9. Le 17 juin 2004, l'assuré a produit auprès de la SUVA un rapport établi par les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, du département des neurosciences des HUG, le 13 mars 2004 et adressé au médecin traitant. Evoquant une amnésie et un trouble du comportement avec une composante psychogène importante, ils indiquent qu'une prise en charge psychiatrique apparaît indispensable.
10. Dans un nouveau rapport intermédiaire du 16 juin 2004, le Dr A\_\_\_\_\_ a confirmé l'évolution défavorable et fait état de troubles mnésiques. Il a par ailleurs relevé que la prise en charge psychiatrique avait été acceptée par le patient à raison d'une fois par mois.
11. Le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr G\_\_\_\_\_ a procédé à un examen du dossier le 1<sup>er</sup> octobre 2004. Il a ainsi constaté que "les troubles somatiques liés à l'accident du 29 novembre 2002, qui n'étaient que des contusions au niveau de l'appareil locomoteur, sont sans conséquence aujourd'hui. En revanche, l'invalidité présentée par le patient est quasi totale d'origine psychique". Il laisse ainsi ouverte la question de savoir s'il est nécessaire d'obtenir encore un examen psychiatrique et une IRM cérébrale pour conclure d'une éventuelle causalité naturelle de l'accident sur "les conséquences psychiques gravissimes exprimées par le patient depuis son accident".
12. Une IRM cérébrale a été effectuée le 20 octobre 2004, de laquelle il résulte qu'il n'y a pas d'anomalie notable, étant toutefois précisé qu'au vu du traumatisme crânio-cérébral, des lésions à l'échelle cellulaire ne peuvent pas être exclues.
13. Par décision du 24 janvier 2005, confirmée sur opposition le 13 juillet 2005, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme à toutes ses prestations d'assurance (indemnités journalières et frais médicaux) au 15 février 2005. Elle s'est en effet fondée sur le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2004, selon lequel les troubles somatiques liés à l'accident étaient guéris sans séquelles et les

troubles d'origine psychique n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

14. L'assuré a interjeté recours le 13 octobre 2005 auprès du Tribunal de céans. Il a affirmé que les troubles dont il souffre actuellement, déclarés à tort troubles d'ordre psychique, sont des troubles et des lésions inévitables lors d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance et sont donc post-traumatiques.
15. Par arrêt du 11 avril 2006, le Tribunal de céans a rejeté le recours. Qualifiant l'accident dont l'assuré a été victime le 29 novembre 2002 de moyennement grave, à la limite des accidents de peu de gravité, il a nié la causalité adéquate.
16. Saisi d'un recours déposé par l'assuré contre ledit arrêt, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a le 4 juin 2007, constaté qu'

"en l'espèce, il y a lieu de constater, tout d'abord, que les examens auxquels a été soumis l'assuré n'ont pas révélé de troubles physiques objectivables consécutifs à l'accident. Le premier bilan radiologique n'a pas montré de lésions visibles. Les troubles visuels dont s'est plaint l'assuré après l'accident sont attribuables, selon les investigations qui ont été faites, à une maculopathie engendrée par un diabète. Quant au bilan neurologique, il n'a pas mis en évidence d'anomalie significative, les médecins ayant mis l'accent sur un blocage psychologique et préconisé une prise en charge psychiatrique. Enfin, l'IRM cérébrale n'a pas non plus révélé d'anomalies notables, sans qu'il soit possible d'exclure des lésions à l'échelle cellulaire.

Le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral a été posé immédiatement après l'accident par le Service des urgences médico-chirurgicales des HUG. (...)

Il est exact que les médecins dont les avis figurent au dossier ont fait état d'une composante psychogène importante. (...)"

S'agissant de l'affection psychique, le TFA a considéré qu'on ne disposait d'aucun avis médical sur sa nature précise, ni sur son évolution, ni sur son importance, d'aucun avis psychiatrique non plus. On ne sait à cet égard rien du traitement psychiatrique auquel l'assuré semble avoir été soumis. Le dossier AI n'a pas été produit. Il n'est donc pas possible d'affirmer d'emblée que l'importance de l'atteinte à la santé psychique est telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate. Il n'est ainsi pas possible de déterminer selon quels critères jurisprudentiels la question de la causalité adéquate doit être appréciée.

Le TFA a en conséquence annulé le jugement du Tribunal de céans et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire.

17. Le 13 août 2007, le Tribunal de céans a ordonné l'apport du dossier AI.

Il en ressort que dans une note du 9 février 2004, le Dr H\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (OCAI), a constaté que l'assuré avait été victime d'un accident avec TCC (traumatisme crânio-cérébral) et souffrait au surplus de diabète, de lombalgies et d'une coxarthrose. Il a admis, vu les atteintes tant physiques que psychiques, une incapacité totale de travail dès novembre 2002. Par décision du 21 juin 2004, l'OCAI a dès lors reconnu le droit de l'assuré à une rente entière, depuis le 28 novembre 2002. Aucune expertise psychiatrique n'a été réalisée.

18. Les parties ont été invitées à venir consulter au greffe du Tribunal le dossier.

19. Par courrier du 12 octobre 2007, la SUVA s'est expressément référée aux conclusions de l'arrêt du TFA et a sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Le recourant ne s'est pas manifesté dans le délai à lui imparti.

20. Par courrier du 4 décembre 2007, Le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait ordonner une expertise psychiatrique et leur a fait part des questions qu'il envisageait de poser à l'expert.

21. Le 20 décembre 2007, la SUVA a dit approuver la liste des questions et n'avoir pas de commentaire supplémentaire à formuler.

22. Le 18 décembre 2007, l'assuré a reproché au Tribunal de céans d'avoir mal interprété l'arrêt du TFA du 4 juin 2007. Il considère en effet que l'aspect psychique ne peut être examiné que dans un second temps, que la réalité et l'ampleur du poly-traumatisme subi doit être préalablement clairement établie. Il entend ainsi démontrer, par l'audition de témoins, qu'il présente des troubles physiques objectivables, contrairement à ce qu'indiquent les pièces du dossier en l'état. Il joint à son courrier un rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 12 avril 2007 et un rectificatif du 15 mai 2007 de son premier rapport, selon lesquels il s'agit d'un problème de lombalgies lié à l'accident, sous forme d'une irradiation de type "sciatalgies".

23. Le Tribunal de céans a ordonné l'audition des Prof. B\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_, des Drs E\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_ le 29 janvier 2008, lesquels ont déclaré :

*Professeur B\_\_\_\_\_ :*

"On peut constater chez Monsieur M\_\_\_\_\_ des signes d'altération de la circulation rétinienne très évocateurs de ce que l'on voit chez un diabétique de longue durée. Je n'ai vu l'assuré qu'après l'accident. Je ne peux donc pas dire s'il souffrait de troubles visuels avant. Un trouble visuel peut passer inaperçu pour le patient lui-même. Dans le cas d'un traumatisme crânio-cérébral, je peux dire qu'un

choc peut entraîner une lésion sur la structure rétinienne ou sur la microcirculation. Ce sera plus grave évidemment sur un terrain déjà fragilisé. En l'espèce il y a une forte irrégularité due au diabète. Il est impossible de déterminer ce qui peut être une conséquence du diabète ou de l'accident.

Il serait très difficile de vouloir décrire l'évolution classique d'une personne atteinte du diabète quant à la rétinopathie, car cette évolution dépendant de très nombreux facteurs, par. ex. l'hypertension, l'hérédité, etc....La seule chose dont on peut être sûr c'est que la tendance générale ira vers une aggravation.

Les principaux facteurs d'aggravation pour le diabète sont l'hypertension artérielle, l'atteinte rénale, l'obésité et la régulation du taux de glycémie".

*Professeur I\_\_\_\_\_ :*

"J'ai examiné Monsieur M\_\_\_\_\_ à la demande de son médecin traitant.

Je confirme la teneur de mes avis des 26 septembre et 13 octobre 2005.

Il n'est pas possible de constater des vertiges en tant que tels. En revanche, j'ai pu observer des anomalies traduisant des dysfonctions du système de l'équilibre. Dans le document du 13 octobre 2005, j'indique avoir été surpris de ce que des troubles de l'équilibre persistent aussi longtemps après l'accident. Je l'explique par le fait qu'il n'y a pas eu compensation correctement effectuée. C'est un phénomène que l'on peut observer cliniquement ; il n'est pas exceptionnel.

La lésion elle-même est invisible. On ne peut qu'enregistrer ses effets.

J'ai indiqué dans le document du 13 octobre 2005 que les séquelles organiques étaient "possiblement en relation" avec l'accident. J'ai été très prudent car je n'ai vu l'assuré qu'une seule fois. Je peux toutefois dire que sachant grâce à son médecin traitant qu'il n'avait jamais souffert des troubles de l'équilibre auparavant, ces séquelles organiques sont probablement en relation avec l'accident. Je ne vois pas d'autre cause que l'accident qui aurait été susceptible de provoquer de telles séquelles.

Une atteinte de la fonction de l'équilibre crée une insécurité constante, une perte d'assurance en soi. Les gestes quotidiens deviennent difficiles. Les patients souffrant de tels troubles disent souvent qu'ils ne contrôlent plus rien.

Très peu de troubles vestibulaires peuvent provenir du diabète, celui-ci peut entraîner une légère instabilité mais pas une latéralisation des troubles comme dans le cas de l'assuré. Je conclus dès lors qu'il n'y a aucune relation entre le diabète et les troubles de l'équilibre en l'espèce. Il existe des affections qui peuvent conduire à des troubles de l'équilibre, mais elles sont facilement reconnaissables, on peut les diagnostiquer".

*Docteur E\_\_\_\_\_ :*

"J'ai indiqué dans mon courrier du 12 avril 2007 que le problème actuel n'était pas lié à l'accident parce que j'ai cru que les lombalgies dont se plaignait l'assuré étaient un phénomène nouveau. Réalisant mon erreur, j'ai rectifié cette conclusion le 15 mai 2007, les lombalgies étant présentes depuis l'accident auxquelles se sont ajoutées des sciatalgies. Il peut arriver que des sciatalgies s'associent à des lombalgies.

Je me souviens que l'assuré était très gêné dans ses mouvements et très algique lorsque je l'ai examiné le 30 mars 2007.

A mon avis, tout ce qui est en lien avec les douleurs cervicales et les atteintes rhumatologiques est en relation avec l'accident, alors que tout ce qui est en lien avec l'aspect neurologique ne l'est que partiellement. Je pense qu'une expertise serait utile.

Les douleurs cervicales et lombaires entraînent des problèmes de locomotion.

L'atteinte diabétique peut conduire à des problèmes neurologiques (mémoire, douleurs). Toutefois dans le cas d'espèce le tableau clinique que j'ai pu constater n'est pas expliqué par le diabète".

*Docteur J\_\_\_\_\_ :*

"L'IRM ne permet pas de voir les lésions à l'échelle cellulaire. Il n'y a pas d'imagerie plus fine en l'état actuel.

Il faut compléter l'IRM par un examen clinique.

Selon une étude effectuée aux USA, la moitié des personnes dans le coma à la suite d'un traumatisme crânio-cérébral ne présentait à l'IRM aucune lésion macroscopique.

Je rappelle que mon rôle est de m'assurer qu'il n'y a pas de lésion macroscopique.

Mon expérience professionnelle, aux urgences notamment, m'a appris qu'on pouvait avoir des cas où l'IRM ne présentait aucune lésion macroscopique, bien qu'il y ait eu lésion à l'échelle cellulaire".

*Docteur A\_\_\_\_\_ :*

"Je suis le médecin traitant de Monsieur M\_\_\_\_\_ depuis environ 15 ans, soit bien avant l'accident.

J'ai été consulté par l'assuré immédiatement après l'accident. Il se plaignait des troubles habituels après traumatisme crânio-cérébral. Comme il présentait

également quelques 15 jours après des vertiges, des troubles visuels, etc., je l'ai adressé à des spécialistes aux HUG (neurologue, ORL, ophtalmologue...).

J'affirme que je n'ai jamais traité l'assuré pour des problèmes de tabagisme et alcoolisme ; je ne l'ai pas traité non plus avant l'accident pour des troubles de la vision, un taux de cholestérol trop élevé, obésité, hypertension, ni pour des troubles psychiques.

Je ne savais pas avant l'accident que l'assuré était atteint de diabète. Je ne l'ai su qu'après. C'est lui-même qui m'en a informé lorsqu'il l'a découvert (après l'accident). Il m'a précisé qu'il était suivi aux HUG en diabétologie.

Les troubles dont souffre l'assuré sont handicapants dans ses activités quotidiennes et professionnelles.

Je peux dire que l'accident a représenté dans la vie de mon patient une véritable cassure. Il n'était plus le même. Je le soignais pour une coxarthrose (arthrose des hanches). Nous avons même envisagé qu'il dépose une demande de prestations AI à cet égard. Il ne le souhaitait pas préférant conserver son activité professionnelle. A mon souvenir, je ne le traitais plus pour cette coxarthrose depuis environ une année avant la survenance de cet accident.

Il y a pour moi un lien évident entre les troubles dont souffre actuellement l'assuré et l'accident. Je répète que ce n'est pas le même homme".

24. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (LPGA), qui sont 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant des modifications législatives. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires,

la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 15 février 2005, et plus particulièrement sur la question du lien de causalité.
4. 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 de la causalité naturelle 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; ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

En matière de lésions au rachis cervical par accident de type «coup du lapin» sans preuve d'un déficit fonctionnel, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être admise en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, etc.), lorsque ces symptômes ne sont apparus qu'après l'accident et qu'ils ne peuvent être expliqués, au degré de la vraisemblance prépondérante, par d'autres facteurs non accidentels. Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (cf. ATF 119 V 337 sv. consid. 1, 117 V 360 consid. 4b et les références citées ; Arrêt du TFA du 30 juin 2004, U 118/03). Il faut que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé et que celle-ci apparaisse, avec un degré prépondérant de

vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 ; Arrêt du TFA du 28 décembre 2004, U 127/03).

5. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose ensuite, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. 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 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).

En matière de traumatisme de type « coup de lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral, il n'est point nécessaire d'établir si, sous l'angle médical, les atteintes mentionnées ont une origine somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a). En présence d'un tel traumatisme, il faut examiner, si l'accident est de gravité moyenne, le caractère adéquat du lien de causalité non seulement en se fondant sur la gravité objective de l'accident, mais en procédant à une appréciation globale d'autres circonstances objectivement appréciables, en relation directe ou apparaissant comme la conséquence directe ou indirecte de l'accident (ATF 117 V 366 consid. 6a). Les critères 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 ;

La durée anormalement longue du traitement médical ;

Les douleurs physiques ;

Les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;

Les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;

Le degré et la durée de l'incapacité de travail.

Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Un seul critère peut en outre suffire lorsqu'il revêt une importance particulière, par exemple dans le cas où l'incapacité de travail est particulièrement longue en raison de complications apparues au cours de la guérison. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères. Cela d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. Ainsi lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents peu graves, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou

---

revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 117 V 384 consid. 4c ; Arrêt du TFA du 28 décembre 2004, U 127/03).

Toutefois, lorsque des lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont toutefois reléguées au second plan par rapport aux problèmes d'ordre psychique, ce sont les critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa, et non pas ceux énumérés aux ATF 117 V 366 sv. consid. 6a et 382 sv. consid. 4b, qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 99 consid. 2a; RAMA 1995 p. 115 ch. 6 ; Arrêt du TFA du 30 juin 2004, U 118/03).

6. En l'espèce, il y a préalablement lieu de rappeler, ainsi que l'a constaté le TFA, que l'assuré ne souffre plus de troubles physiques objectivables consécutifs à l'accident, que les troubles visuels sont attribuables à une maculopathie engendrée par un diabète, qu'il n'y a pas d'anomalie significative ni sur le plan neurologique, ni selon l'IRM cérébrale, étant précisé à cet égard que des lésions à l'échelle cellulaire n'ont pas pu être exclues, qu'enfin les médecins ont préconisé une prise en charge psychiatrique.
7. Le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral a été retenu.
8. Les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, dans leur rapport du 17 juin 2004, ont recommandé une prise en charge psychiatrique. Le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué le 16 juin 2004 que le patient avait accepté une telle prise en charge à raison d'une fois par mois. Le Dr G\_\_\_\_\_ a évoqué le 30 septembre 2004 la présence de conséquences psychiques gravissimes.
9. En vertu de la maxime inquisitoire sociale prévue à l'art. 85 al. 2 LSA, le juge doit établir d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit, les parties étant toutefois tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263 et 125 III 231 consid. 4a p. 238; T. LOCHER Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t.1, p. 438).

Le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et qu'en particulier elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a, p. 283 ; RAMA 1993 p. 136).

10. Dans son arrêt du 4 juin 2007, le TFA a considéré qu'on ne disposait d'aucun avis médical sur la nature précise de l'affection psychique, ni sur son évolution, ni sur

son importance, d'aucun avis psychiatrique non plus, et qu'il n'était ainsi pas possible d'affirmer d'emblée que l'importance de l'atteinte à la santé psychique était telle qu'elle avait relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'avaient joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate.

Force est à cet égard de constater qu'aucune expertise psychiatrique ne figure dans le dossier AI dont l'apport a été demandé.

11. Il convient dès lors d'ordonner une telle expertise afin de déterminer si le lien de causalité entre l'accident survenu le 29 novembre 2002 et les troubles psychiques dont souffre l'assuré peut ou non être établi au-delà du 15 février 2005 au degré de vraisemblance requis par la loi.
12. Le mandat d'expertise sera confié au Dr K\_\_\_\_\_, psychiatre, médecin adjoint au Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise médicale. La confie au Docteur K\_\_\_\_\_. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
  - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré.
  - c. Examiner l'assuré.
  - d. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
2. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
3. Quelles sont les plaintes de l'assuré ?
4. Quelles sont les atteintes à la santé dont souffre l'assuré (diagnostics précis) ?
5. Quelle a été l'évolution de ces atteintes ? Quelle en est l'importance ?
6. L'assuré est-il actuellement soumis à un traitement psychiatrique ? Quel en a été le bénéfice ? Quel est le pronostic ?
7. Les atteintes constatées sont-elles en lien de causalité avec l'accident du 29 novembre 2002, de façon possible, probable, certaine ? En d'autres termes, considérez-vous que ce lien de causalité existe avec un degré de vraisemblance prépondérante ? Expliquer la réponse.
8. Si elles sont préexistantes, l'accident les a-t-il aggravées ?
9. Le cas échéant, l'importance des atteintes psychiques a-t-elle relégué au second plan les lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites du traumatisme crânio-cérébral ? Dans l'affirmative depuis quelle date ?
10. Faire toute autre remarque utile.
11. Invite l'expert à déposer son rapport en deux exemplaires au greffe du Tribunal de céans dans les meilleurs délais.
12. Réserve le fond.

13. 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 :

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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