REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4158/2006 **ATAS/1420/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 11 décembre 2007

En la cause

Monsieur K_____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître OBERSON Jean-Pierre	recourant
contre	
GENERALI ASSURANCES GENERALES, sis rue de la Fontaine 1, 1211 GENEVE 3	intimée

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur K_____, né en 1943, ingénieur chimiste et informaticien, travaillait pour X_____ et était de ce fait assuré obligatoirement selon la LAA auprès de GENERALI ASSURANCES (ci-après l'assurance).

2. Il a été victime d'une agression survenue le 17 décembre 1988 lors d'un voyage professionnel en Israël, au cours de laquelle il a été blessé à la tête par un jet de pierres. Le Dr L_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a noté dans un rapport intermédiaire du 13 mars 1989, que l'assuré avait subi une fracture comminutive de l'orbite droit. Le Dr. M_____, de la Clinique d'ophtalmologie des HUG, a précisé qu'il s'agissait d'une fracture complexe de l'orbite et de la région zygomatico-malaire droite avec délabrement de la couverture cutanée.

   L'assuré a repris son travail le 27 février 1989.

3. Le suivi médical a été assuré par le Dr L_____ principalement. Des rapports intermédiaires ont été établis chaque année. Il résulte de celui du 28 août 1992, qu'il y a persistance d'une limitation des mouvements du globe droit causant une diplopie dès 20° en haut, 30° latéralement et 40° en bas. Dans celui du 24 mai 1995, le patient se plaint de voir toujours double s'il ne regarde pas droit devant lui, la diplopie commence en effet vers 15 - 20° latéralement, en haut et en bas c'est stationnaire, respectivement 20° et 40°. Sinon l'état des yeux est inchangé. Celui du 11 novembre 1996 fait état de la même situation. Le Dr L_____ a enfin relevé le 10 juillet 2002 que le patient se plaignait d'une instabilité de la vision, ce qui est attribuable à son strabisme selon le médecin.

4. L'assuré a cessé toute activité lucrative depuis le mois de juin 2004.

5. Le Dr N_____, médecin adjoint à la Clinique de neurologie des HUG, a déclaré, dans un rapport du 25 octobre 2004, que l'assuré présentait des troubles mnésiques progressifs, "blocage" et perte d'automatismes (par exemple pour conduite automobile), diminution de ses capacités intellectuelles, ralentissement, absences. Selon lui ces troubles sont possiblement dus à un traumatisme crânien avec fractures orbitaires multiples survenus à la fin des années 1980. Il précise qu'ils se sont manifestés pour la première fois dans le courant de l'année 1999. L'incapacité de travail est de 100% compte tenu de l'activité professionnelle exercée par l'assuré, ce à compter du 3 juin 2004, étant précisé qu'une éventuelle reprise partielle ou totale n'est pas envisageable.

   Le 22 février 2005, le Dr N_____ a expliqué que "l'absence de progression des troubles depuis un an d'après les examens neuropsychologiques rend une atteinte neurodégénérative peu probable. Dans ce sens je pense que la majorité du

trouble cognitif actuel est en rapport avec les lésions fronto-basales liées à l'accident de 1990".

6. L'OCAI, auprès de qui l'assuré a déposé une demande de prestations AI, a mandaté le Prof. O_____ pour expertise. Celui-ci a établi son rapport le 2 septembre 2005. Il en ressort que l'examen neurologique confirme l'atteinte oculomotrice et de la vue de l'œil droit ainsi qu'une hyposmie droite. L'examen des fonctions cognitives s'est révélé dans la norme pour l'âge, excepté un discret ralentissement peut-être principalement lié à la barrière de la langue. La présence de lésions cérébrales séquellaires de ce traumatisme, de même que l'absence d'évolution sur trois ans des troubles cognitifs, permettent au moins à ce stade d'écarter un processus dégénératif et le diagnostic le plus probable est celui d'une atteinte post-traumatique. Le Prof. O_____ a posé les diagnostics suivants : troubles cognitifs post-traumatiques, baisse de l'acuité visuelle de l'œil droit et troubles oculomoteurs post-traumatiques depuis 1989, tous diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu ceux de carence isolée en vitamine B12, substituée de manière itérative, bradycardie sinusale asymptomatique, diverticulite duodénale et probable dermatite allergique depuis 2003.

7. L'assurance a mandaté le Dr P_____, spécialiste FMH en neurologie, afin qu'il procède à une expertise neuropsychologique de l'assuré.

   Le Dr P_____ a établi une expertise le 23 janvier 2006 après avoir sollicité de Madame A_____, logopédiste, psychologue spécialiste en neuropsychologie, un examen neuropsychologique, du Dr B_____, spécialiste FMH en radiologie et neuroradiologie, un dossier radiologique. Il s'est en outre fondé sur les résultats d'un examen neurologique et d'un électroencéphalogramme (EEG).

   L'expert relève que malgré ses troubles oculaires, l'assuré avait repris son activité professionnelle à 100%, apparemment sans grand problème immédiat, si ce n'est qu'à la fin de l'année 1989 - début 1990, son chef consignera dans un rapport de service une absence d'envie d'apprendre de nouvelles techniques, ce qu'il considère comme un handicap dans la carrière professionnelle du sujet. L'assuré quant à lui a signalé avoir présenté depuis 1989 - 1990 des sortes de blocages (voulait faire quelque chose mais ne pouvait bouger) et des sensations de transpiration diffuse et intense lorsque le téléphone sonnait. Suite à ses difficultés d'apprentissage de nouvelles techniques, l'assuré a été muté par son employeur d'une activité très technique vers une activité plus relationnelle. En 1998, l'assuré a signalé avoir eu des épisodes d'absence/confusion à plusieurs reprises. Un premier bilan neuropsychologique a été pratiqué le 9 avril 2002, motivé par l'apparition de modifications comportementales épisodiques et ponctuelles dans le courant de l'année 1999 qui se sont accentuées ensuite pour prendre une tournure incongrue. Il est alors signalé des éléments de la série dépressive au début de l'année 2000 (repli

social, tristesse). Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale effectuée en juillet 1999 et deux EEG en janvier 2000 et février 2002 n'ont rien révélé d'anormal. Aussi l'examen neuropsychologique effectué le 9 avril 2002 a-t-il été considéré comme dans les limites de la norme.

Le Dr P_____ a rapporté que selon Madame A_____ :

"il est vraisemblable que l'assuré souffre depuis son accident de troubles attentionnels légers ou modérés pouvant entraîner par exemple des limites dans ses apprentissages, et que le vieillissement "normal" puisse aggraver ces difficultés. Ainsi un tableau neuropsychologique, tel qu'il est observé actuellement, est compatible avec le diagnostic lié à l'accident. Par contre la totalité de la symptomatologie rapportée par l'assuré ne nous semble pas en lien vraisemblable avec l'accident. En effet d'une part, les troubles apparaissent de façon plus évidente seulement dix ans après l'accident et d'autre part, les résultats aux tests neuropsychologiques ne corroborent pas forcément la symptomatologie : par exemple les plaintes (principales) sont celles d'oublis ou de difficultés à apprendre de nouvelles informations alors qu'il n'y a pas de troubles mnésiques objectivés ; de plus, nous relevons des éléments comportementaux de démonstration et d'irritabilité évidentes, et il a été retenu (lettre de sortie de la policlinique de neurologie du 28 août 2003) : "certains symptômes et signes de la lignée dépressive, caractérisée par un ralentissement psychomoteur, une certaine apathie, une anhédonie, un certain détachement affectif", soit "une étiologie mixte dépressive et post-traumatique, sans pouvoir toutefois en observer l'ensemble des signes attendus"".

Le Dr B_____ a, par courrier adressé au Dr P_____ le 22 décembre 2005, indiqué que la morphologie cérébrale constatée à la lecture des clichés de l'IRM du 13 août 2003 réalisée aux HUG ne pouvait aller de pair avec une atteinte dégénérative de type Alzheimer et qu'il lui semblait pouvoir considérer ces clichés comme compatibles avec une atteinte du cortex fronto-basal typique d'éraflure lors de contusion traumatique.

Le Dr P_____ a constaté que le résultat du bilan neuropsychologique comparé à celui des examens effectués préalablement confirmait l'absence d'atteinte neuropsychologique évolutive et notamment d'atteinte démentielle. L'ensemble des résultats va toujours dans le sens d'une diminution des performances attentionnelles plutôt que d'un trouble exécutif.

Le Dr P_____ s'est efforcé de déterminer s'il y avait eu ou non un traumatisme crânien et tout particulièrement frontal droit significatif. Il a considéré que tel était le cas, un faisceau d'indices parlant au demeurant de façon non péremptoire en faveur d'une contusion frontale droite survenue lors de l'accident, soit :

1) le foyer fronto-temporal droit mis en évidence à l'EEG,

2) la suspicion d'hypodensité fronto-basale droite à l'IRM cérébrale relevée par les neurologues des HUG et suspectée par le Dr B_____, mais non diagnostiquée par les radiologues des HUG,

3) l'asymétrie perfusionnelle en défaveur de la région temporo-pariétale aux SPECT et PET.

Il s'est ensuite penché sur la question de la relation de causalité entre ce probable traumatisme crânien survenu le 17 décembre 1988 et les troubles neuropsychologiques et comportementaux ayant amené à l'incapacité de travail.

Il relève que l'apparition de phénomènes d'absence et de comportements bizarres pourrait être l'expression d'une comitialité tardive comme l'a suggéré le Dr N_____, ceci sur la base de la description des troubles, de l'aspect de l'EEG et d'une certaine réponse au traitement de Lamictal ; ce diagnostic reste néanmoins incertain et l'apparition tardive de ces phénomènes (dix ans après l'accident) rend la relation de causalité possible, mais non certaine.

Aussi conclut-il, dans un cas dont il qualifie l'appréciation de difficile, que

"l'assuré a présenté en tant que conséquences certaines de l'événement accidentel des troubles de l'oculomotricité droits, un lagophtalme et une altération partielle de l'odorat. En tant que conséquence probable de l'événement accident, l'assuré semble avoir été victime d'une contusion cérébrale frontale droite à l'origine de troubles neuropsychologiques très modérés sous forme de déficits attentionnels ayant justifié une modification de l'activité professionnelle mais n'ayant pas entraîné d'incapacité de travail ou de troubles importants pendant dix ans. En tant que conséquence possible de l'événement accidentel, l'assuré pourrait présenter une comitialité à point de départ frontal droit à l'origine d'une partie des troubles comportementaux et des phénomènes de bizarrerie. S'agissant des troubles neuropsychologiques/comportementaux apparus plus de dix ans après l'événement accidentel en dehors des troubles de l'attention, la relation de causalité entre ces derniers et l'événement accidentel ne dépasse pas le niveau du possible, ceci étant donné leur caractère atypique, l'absence d'anomalies majeures aux différents bilans neuropsychologiques et à moindre degré l'attitude du sujet. Cette appréciation rejoint les appréciations préalables des neuropsychologues, l'impression de Madame A_____ et l'appréciation des neurologues du CHUV.

S'agissant de la capacité de travail, il paraît exclu que l'assuré puisse reprendre son activité professionnelle préalable. Dans une activité moins exigeante sur le plan intellectuel et psychique, une capacité de travail de 75% est vraisemblablement envisageable. Etant donné qu'il s'agit d'un sujet de 62 ans, une reconversion professionnelle paraît néanmoins difficilement envisageable et une mise à la retraite anticipée semble la solution de choix du point de vue professionnel et psychologique.

S'agissant de la perte à l'intégrité, nous admettrons une perte à l'intégrité de 10% pour ce qui concerne les troubles attentionnels faisant suite à la probable contusion cérébrale. La notion d'une comitialité post-traumatique restant possible mais non certaine, il n'y a donc en principe pas de perte à l'intégrité à retenir pour cette composante du problème. Les troubles oculomoteurs ont déjà fait l'objet d'une compensation par perte à l'intégrité : nous n'y reviendrons pas. S'agissant des altérations thymiques et des plaintes formulées actuellement, ces dernières ne donnent pas droit à une perte à l'intégrité étant donné que la relation de causalité entre les troubles et l'événement accidentel ne dépasse pas le domaine du possible".

8. Par courrier du 9 mars 2006, l'assuré a contesté l'expertise du Dr P_____ quant à sa conclusion d'une invalidité partielle de 25% pour les activités professionnelles moins exigeantes sur le plan intellectuel et psychique.

9. Invitée à se déterminer, la Dresse C_____, médecin-conseil de l'assurance, a affirmé que l'expertise avait été effectuée dans les règles de l'art et jouissait d'une valeur probante et considéré que les allégations de l'assuré n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise (cf. note du 22 mars 2006).

10. Par décision du 27 mars 2006, l'assurance a informé l'assuré qu'elle mettait fin au versement des prestations rétroactivement au 1er décembre 2004 pour les troubles neuropsychologiques et comportementaux apparus à partir de 1999, au motif que ces troubles n'étaient plus en relation avec l'accident du 17 décembre 1988.

11. L'assuré, représenté par Maître Jean-Pierre OBERSON, a formé opposition le 24 avril 2006. Il considère que la rupture du lien de causalité naturelle et adéquate n'a pas été établie puisque tous les problèmes de santé tant physique que psychique dont il a souffert depuis 1988 n'ont aucune autre explication que les suites de l'accident survenu en Israël. Il joint à son opposition un courrier du Dr N_____ daté du 15 mars 2006, lequel conteste l'expertise du Dr P_____ sur deux points quant à la causalité. Le Dr N_____ considère en effet que la contusion cérébrale "dont il n'est d'ailleurs pas mentionné l'existence dans la tripartition de l'évaluation neuropsychologique, a été décrite pour aggraver le risque de troubles cognitifs secondaires. Il me semble donc qu'une composante de votre accident est à retenir. Cependant concernant votre capacité de travail dans une activité plus légère, les troubles attentionnels vont diminuer votre rendement à un taux supérieur à 25%".

12. Par décision du 29 août 2006, l'assurance a rejeté l'opposition, persistant à nier le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles neuropsychologiques et comportementaux apparus dès 1999.

13. Le 2 novembre 2006, l'OCAI a communiqué à l'assurance un projet de décision, aux termes de laquelle une rente entière d'invalidité était allouée à l'assuré à compter du 3 juin 2005.

14. L'assuré a interjeté recours le 8 novembre 2006 contre la décision sur opposition.

15. Dans sa réponse du 7 décembre 2006, l'assurance rappelle que le Dr P_____ connaissait parfaitement l'appréciation du Prof. O_____ lorsqu'il a établi son rapport d'expertise puisqu'il y fait même allusion. Elle souligne que les conclusions du Dr P_____ sont fondées sur des examens complets et approfondis du dossier de l'assuré et tiennent compte des différentes expertises effectuées préalablement dont celle du service de neurologie du CHUV du 2 septembre 2005. Elle invite le cas échéant le Tribunal de céans à solliciter un complément d'expertise du Dr P_____. Elle conclut au rejet du recours.

16. Les parties ont été entendues par le Tribunal de céans le 6 février 2007. L'assuré a tenu à préciser qu'il avait subi trois interventions ophtalmologiques : la première en Israël qui a consisté à enlever tous les os brisés et mettre en place un support temporaire, la seconde en Suisse portant sur la reconstruction de la partie frontale de l'orbite droite, la troisième en Suisse également destinée à ajuster le muscle afin d'assurer le mouvement correct de l'œil.

    Le Tribunal de céans a ordonné l'audition du Dr D_____, médecin généraliste et médecin traitant depuis les années 1970 environ, le 27 mars 2007 et celle du Dr N_____ le 8 mai 2007

    Le Dr D_____ a déclaré que les atteintes dont souffre son patient existaient vraisemblablement depuis l'agression mais n'ont atteint progressivement l'intensité que l'on connaît aujourd'hui qu'à partir de cinq à six ans après l'agression.

    Selon le Dr N_____, la relation de causalité entre l'événement accidentel et les troubles constatés est clairement établie à plus de 50%. A la demande du Tribunal de céans, il a précisé que

    "j'ai indiqué dans mon rapport du 22 février 2005 que "la majorité du trouble cognitif actuel est en rapport avec l'accident". J'entendais par là que depuis 1998, il existe un fond stable avec des fluctuations, par exemple un ralentissement plus marqué parfois, en fonction du traitement médicamenteux ou de l'état moral du patient. Ce sont ces fluctuations qui m'ont fait parler de "la majorité du trouble" ".

    Le Dr N_____ a expliqué comment il avait exclu petit à petit un certain nombre d'hypothèses, telle que la démence par exemple, avant d'arriver à la conclusion que l'accident était à l'origine des troubles.

17. Par courrier du 16 mai 2007, suite à la suggestion du Dr N_____ d'interroger l'entourage de l'assuré afin de déterminer dans la mesure du possible quelles étaient les caractéristiques de sa personnalité avant son accident, celui-ci a proposé de faire entendre son ex-épouse, ainsi que le Dr D_____ à nouveau, qui le connaît bien.

18. Invitée à se déterminer, l'assurance souligne que l'audition de l'ex-épouse, de même qu'une nouvelle audition du Dr D_____ n'apporteraient aucun élément pertinent nouveau pour l'issue du présent litige et rappelle qu'elle avait déjà proposé au Tribunal de céans de solliciter un complément d'expertise de la part du Dr P_____.

19. Ce courrier a été transmis à l'assuré ; celui-ci s'est déterminé le 3 décembre 2007.

20. Sur ce, la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, le présent cas reste régi, sur le plan matériel, par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

3. Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. Aussi le recours interjeté le 8 novembre 2006 l'a t-il été en temps utile.

5. Le litige porte sur l'existence d'un lien de causalité au-delà du 1er décembre 2004 entre les troubles neuropsychologiques et comportementaux dont souffre l'assuré depuis 1999 et l'accident survenu en 1988.

6. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références).

7. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité

naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

Par ailleurs, 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 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Cela étant, en matière de lésions au rachis cervical par accident de type «coup du lapin» (ATF 119 V 335, 117 V 359), de traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67) ou de traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 369), 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 tête diffus, vertiges, troubles de la vue, de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 ss consid. 2, 117 V 360 ss consid. 4b).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

9. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s’applique aussi bien en procédure administrative qu’en procédure de recours de droit administratif (art. 40

PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge 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 351 consid. 3a).

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. Ainsi, 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. (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). La Cour européenne des droits de l'homme a estimé que ce principe n'était pas contraire à l'art. 6 par. 1 CEDH garantissant le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917). Cette situation peut cependant faire naître des soupçons de prévention qui, pour être retenus, doivent reposer sur des éléments objectifs et pas uniquement sur les impressions de l'assuré (ATFA non publié du 17 février 2006, U 234/05, consid. 2.1).

En outre, 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)

S'agissant enfin de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

10. 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 181 consid. 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb, ATFA du 14 février 2006, U 351/04, consid. 3.2 et les références citées).

    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 ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

    - les circonstances concomitantes particulièrement dramatique ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
    - 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 et 409 consid. 5c/aa).

    A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type «coup du lapin», d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa), il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; RAMA 1999 n° U 341 p. 408

sv consid. 3b). Toutefois, si les troubles 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 établis, sont rapidement relégués au second plan par rapport aux problème 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 mentionnés aux ATF 117 V 366 ss consid. 6a et 382 ss consid. 4b, qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate (RAMA 2002 n° U 465 p. 437; ATF 123 V 99 consid. 2a). Il s'agit des critères 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.

Ainsi, il convient de distinguer (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 490 consid. 5c/aa), entre atteintes d'origine psychiques et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique.

11. En l'espèce, l'assuré avait repris son travail à plein temps, nonobstant des troubles oculaires apparus immédiatement après l'agression en 1988 et pris en charge par l'assurance. Suite à des difficultés d'apprentissage de nouvelles techniques constatées par son chef, il avait toutefois été muté d'une activité très technique vers une activité plus relationnelle. Il souffre depuis 1999 de troubles mnésiques progressifs, "blocage" et perte d'automatismes (par exemple pour conduite automobile), diminution de ses capacités intellectuelles, ralentissement et absences. Il a cessé toute activité lucrative dès juin 2004.

12. L'assurance a considéré que le lien de causalité entre ces troubles et l'accident n'avait pas été établi. Elle s'est fondée sur le rapport d'expertise du Dr. P_____, aux termes duquel la relation de causalité ne dépasse pas le niveau du possible, vu l'apparition tardive des phénomènes.

13. L'assuré rappelle quant à lui que tous les problèmes de santé tant physique que psychique dont il a souffert depuis 1988 n'ont aucune autre explication que les suites de l'accident survenu en Israël. Il se réfère aux conclusions du Dr N_____, selon lesquelles la relation de causalité est clairement établie, à plus

de 50%, et à celles du Dr D_____, lequel a plus particulièrement déclaré en audience que les troubles dont il se plaignait existaient vraisemblablement depuis l'agression, mais n'avaient atteint progressivement l'intensité que l'on connaît aujourd'hui qu'à partir de cinq à six ans après l'agression.

14. Le Tribunal de céans constate que l'expertise réalisée par le Dr P_____ remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Le rapport se fonde sur un examen complet, il prend également en considération les plaintes exprimées par l'assuré, il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et les conclusions sont claires et bien motivées, de sorte qu'il n'y a aucun motif de s'en écarter. Les parties n'en contestent du reste pas la valeur probante en tant que telle.

15. Il n'entend par ailleurs pas donner suite au complément d'instruction demandé par l'assuré (audition du Dr D_____ et de son ex-épouse) et par l'assurance (complément d'expertise du Dr P_____), considérant qu'il dispose déjà des pièces utiles et qu'un complément d'instruction n'apporterait vraisemblablement aucun nouvel élément pertinent.

16. L'expert s'est plus particulièrement entouré des avis de Madame A_____ et du Dr B_____.

    Madame A_____ a considéré que le tableau neuropsychologique, tel qu'il est observé actuellement, était compatible avec le diagnostic lié à l'accident. Par contre la totalité de la symptomatologie rapportée par l'assuré ne lui a pas semblé en lien vraisemblable avec l'accident. Elle relève en effet d'une part, que les troubles apparaissent de façon plus évidente seulement dix ans après l'accident et d'autre part, que les résultats aux tests neuropsychologiques ne corroborent pas forcément la symptomatologie.

    Le Dr B_____ a quant à lui exclu une atteinte dégénérative de type Alzheimer. A son avis, on pourrait considérer les clichés de l'IRM du 13 août 2003 comme compatibles avec une atteinte du cortex fronto-basal typique d'éraflure lors de contusion traumatique.

    Le Dr P_____ a ainsi constaté que le résultat du bilan neuropsychologique comparé à celui des examens effectués préalablement confirmait l'absence d'atteinte neuropsychologique évolutive et notamment d'atteinte démentielle, étant précisé que l'ensemble des résultats va toujours dans le sens d'une diminution des performances attentionnelles plutôt que d'un trouble exécutif.

    S'agissant des troubles neuropsychologiques/comportementaux apparus plus de dix ans après l'événement accidentel en dehors des troubles de l'attention, il a considéré que la relation de causalité entre ces derniers et l'événement accidentel ne dépassait pas le niveau du possible, ceci étant donné leur caractère atypique, l'absence

d'anomalies majeures aux différents bilans neuropsychologiques et à moindre degré l'attitude du sujet.

17. Reste à examiner si les avis des autres médecins sont de nature à remettre en cause les conclusions du Dr P_____.

    Le Dr N_____ a déclaré, dans un rapport du 25 octobre 2004, que les troubles mnésiques progressifs dont souffrait l'assuré depuis 1999 étaient "possiblement dus" à un traumatisme crânien avec fractures orbitaires multiples survenus à la fin des années 1980.

    Le 22 février 2005, il a écarté la possibilité d'une atteinte neuro-dégénérative comme étant peu probable et de ce fait en a conclu que la majorité du trouble cognitif actuel est en rapport avec les lésions liées à l'agression. A cet égard, entendu par le Tribunal de céans le 8 mai 2007, il a précisé que depuis 1998, il existait un fond stable avec des fluctuations, par exemple un ralentissement plus marqué parfois, en fonction du traitement médicamenteux ou de l'état moral du patient et que c'est en raison de ces fluctuations qu'il avait fait état de "la majorité du trouble".

    Le 15 mars 2006, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise du Dr P_____, il a indiqué qu'"il me semble qu'une composante de votre accident est à retenir."

    Lors de son audition, le 8 mai 2007, le Dr N_____ a expliqué comment il avait exclu petit à petit un certain nombre d'hypothèses, telle que la démence par exemple, avant d'arriver à la conclusion que l'accident était à l'origine des troubles. Il a ainsi déclaré que la relation de causalité entre l'événement accidentel et les troubles constatés était clairement établie à plus de 50%.

18. Force est de constater que le Dr N_____ est resté prudent, dans ses rapports et courriers, quant à l'existence d'un lien de causalité, utilisant les termes de "possiblement dus", ou le verbe "sembler". Ce n'est que lors de l'audience d'enquêtes qu'il s'est montré affirmatif. Il y a également lieu de relever, bien qu'il ait été mandaté par l'OCAI et qu'il n'avait de ce fait pas à répondre à cette question, que le Prof. O_____ n'en est pas non plus certain, puisqu'il se borne à déclarer que "le diagnostic le plus probable est celui d'une atteinte post-traumatique."

19. Le Dr N_____ a expliqué au Tribunal de céans qu'il avait exclu petit à petit un certain nombre d'hypothèses, telle que la démence par exemple, avant d'arriver à la conclusion que l'accident était à l'origine des troubles.

    Le Dr B_____ a de même considéré que l'assuré ne souffrait pas d'une atteinte dégénérative de type Alzheimer.

Le Tribunal de céans constate cependant que le Dr P_____ avait connaissance, lorsqu'il a réalisé son expertise, de ce raisonnement par élimination auquel avait procédé le Dr N_____ et qu'il en a de ce fait tenu compte dans son rapport. Il a du reste lui-même conclu du résultat du bilan neuropsychologique comparé à celui des examens effectués préalablement à l'absence d'atteinte neuropsychologique évolutive et notamment d'atteinte démentielle.

20. L'appréciation du Dr N_____ ne suffit en conséquence pas à douter du bien-fondé des conclusions du Dr P_____, quand bien même celui-ci n'a par ailleurs pas expliqué la cause ou les causes de ces troubles, ce qui ne faisait du reste pas partie, à proprement parler, de sa mission d'expertise.

Le lien de causalité naturelle entre l'agression de décembre 1988 et les troubles dont souffre l'assuré n'étant pas établi au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, il n'est pas nécessaire d'examiner si la causalité adéquate et le recours ne peut être que rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La Présidente
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