

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4213/2005

ATAS/1075/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 28 novembre 2006

En la cause

Monsieur C _____, domicilié , 74380 CRANVES SALES,
France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
POGGIA Mauro

recourant

contre

BALOISE ASSURANCES, sise Aeschengraben 21, Postfach,
À BALE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
GROSJEAN Christian

intimée

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente, Karine STECK et Juliana BALDE, juges.

EN FAIT

1. Monsieur C _____, né le 1956, travaillait depuis le mois de mai 1995 au Service externe de LA BALOISE ASSURANCES (ci-après l'intimée), en qualité d'agent d'assurance-vie gérant un portefeuille de contrats et rémunéré à la commission. Il était à ce titre assuré pour les accidents professionnels et non professionnels par cette dernière. Il a été victime d'une chute suivie d'une glissade et d'un arrêt contre un arbre le 2 janvier 1998 lors d'une promenade en montagne.
2. Dans un rapport du 29 janvier 1998, la Dresse -A _____ a expliqué que l'assuré avait fait une chute avec un choc au niveau de la tête et perte de connaissance, que les constatations neurologiques et radiologiques étaient normales, mais qu'il avait subi une amnésie circonstancielle. Elle a diagnostiqué un traumatisme crânio-cérébral.
3. Le Dr B _____, spécialiste FMH en neurologie, a examiné l'assuré à la demande du médecin traitant et a établi un rapport le 2 février 1998. Il indique que l'assuré présente les symptômes classiques d'un syndrome post-commotionnel. Selon lui,

"on admet actuellement, que lors de traumatismes crânio-cérébraux avec perte de connaissance, même lorsqu'il n'y a pas de lésion anatomique visible aux examens complémentaires, il y a des dysfonctions cérébrales, en particulier au niveau des voies réticulaires, des circuits de la mémoire et des voies vestibulo-cérébelleuses dues au choc et au mécanisme d'accélération-décélération brusque, qui interviennent pendant celui-ci, qui entraînent tout ce cortège symptomatique. Par ailleurs, il est très fréquent qu'à ces symptômes physiques se surajoutent des symptômes psychiques sous la forme d'un état anxieux qui aboutit souvent à un état anxio-dépressif qui joue éminemment un rôle défavorable dans l'évolution. Je crois que c'est ce qui est en train d'arriver à votre patient, lequel présente en tout cas un important état anxieux en ce moment".

4. Le 24 février 1998, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Il circulait en scooter et une voiture lui a "fermé progressivement le passage jusqu'à me couper complètement la route et m'obliger à la collision avec une force très violente (50 km/heure contre 20 km/heure)". Il est tombé sur la chaussée. Selon le médecin assistant des ("établissement hospitalier"), le Dr CLEMENT, l'assuré a été incapable de travailler à 100% du 24 février 1998 au 1^{er} mars 1998. Dans son rapport du 22 avril 1998, le Dr CLEMENT relève l'absence de lésions osseuses visibles et diagnostique des contusions multiples. Une IRM lombaire effectuée le 20 octobre 1998 a révélé une discopathie L2-L3, L4-L5 et L5-S1, prédominante en L4-L5, où il existe une petite protrusion discale postérieure paramédiane droite non sténosante. En revanche il n'y a ni hernie discale, ni image de conflit radiculaire, ni lésions traumatiques osseuses objectivées.

5. L'intimée a mandaté le Dr Jo. A. BUGMANN, spécialiste FMH en chirurgie, pour expertise. Celui-ci a établi un rapport le 27 novembre 1998. Il a constaté que l'assuré présentait un status après traumatisme crânio-cérébral sévère et un status après traumatisme de la hanche droite avec probable liponécrose, possible déchirure ou désinsertion musculaire postérieure. Il considère que les plaintes du patient et les troubles constatés sont dus de façon certaine à l'accident survenu le 24 février 1998 et qu'aucune maladie ou accident antérieurs ne sont en cause, même s'il y a déjà eu deux traumatismes crânio-cérébraux, le premier à l'âge de 20 ans suite à un accident de voiture avec coma prolongé et le second en janvier 1998 à la suite d'une chute en montagne avec perte de connaissance estimée selon l'assuré entre 15 et 30 minutes.
6. Dans un rapport du 10 février 1999 adressé au médecin traitant, le Dr R. MULLIGAN, du Centre de consultation de la mémoire des Hôpitaux universitaires de Genève, a indiqué que l'évaluation neuropsychologique mettait en évidence au premier plan des déficits modérés sur le plan mnésique (mémoire de travail et mémoire épisodique) et exécutif (ralentissement, troubles de la programmation, persévérations). Une écriture micrographique a également été observée. Selon le médecin, ce tableau, compte tenu des antécédents médicaux, de l'installation des difficultés faisant suite au second traumatisme et des plaintes du patient (phonophobie, céphalées, troubles du sommeil) semble compatible avec un syndrome post-commotionnel, consécutif aux multiples traumatismes crânio-cérébraux subis par le patient, étant ajouté qu'il n'est pas rare que chez une personne ayant un cerveau fragilisé par plusieurs traumatismes antérieurs, un nouvel accident - même bénin - puisse avoir des conséquences importantes sur le plan cognitif et comportemental. Le Dr MULLIGAN a relevé sur le plan psychiatrique une réaction mixte, anxieuse et dépressive.

Il a revu le patient le 18 août 1999 pour un suivi et un complément d'examen. Ce nouvel examen a montré la persistance de difficultés mnésiques dans les tâches de mémoires épisodiques ainsi que de troubles exécutifs et attentionnels. Il conclut ainsi à des séquelles de traumatismes crâniens multiples. Il relève également que les symptômes de dépression et d'anxiété résultant de la perte de l'estime de soi ainsi que la diminution de la tolérance au stress sont tout à fait compatibles avec un syndrome post-commotionnel (cf. rapport du 24 août 1999).

7. L'intimée a confié au Dr D.C. SAMITCA, spécialiste FMH en psychiatrie - psychothérapie, la mission d'expertiser l'assuré.

Celui-ci, dans un rapport du 15 octobre 1999, a posé les diagnostics suivants : trouble de l'adaptation mixte (anxieux et dépressifs), troubles douloureux associés avec facteurs psychologiques (somatoformes), troubles de la personnalité (éléments obsessionnels, traits passifs - agressifs, fragilité narcissique), traumatisme crânio-cérébral léger ou léger à moyen avec courte perte de connaissance, sans informations objectives, en janvier 1998; depuis lors troubles de type post-

commotionnel, cognitifs et affectifs; polytraumatisme léger avec peut-être perte de connaissance de quelques minutes lors d'une chute d'un scooter en février 1998.

En substance, l'expert considère que le tableau complexe présenté par l'assuré est en rapport avec ses traumatismes crânio-cérébraux de janvier 1998 et de février 1998, que ceux-ci ne paraissent toutefois pas en soi suffisants pour expliquer toutes les plaintes et surtout l'évolution d'ensemble. Selon lui, le pronostic est très réservé, pas pour des raisons anamnestic-cliniques mais vu le manque de motivation et de réelle collaboration de la part de l'assuré.

L'expert a plus particulièrement répondu aux questions précises posées par l'intimée comme suit : il faut considérer l'accident de janvier 1998 comme étant léger tout au plus léger à moyen; celui de février 1998, comme étant moyen. Les circonstances de l'accident étaient banales. Aucun des deux accidents ne fut particulièrement pénible, ni suivi de complications. A la question de savoir si les troubles dont se plaint l'assuré ont une origine psychique ou somatique, l'expert précise que l'origine est mixte, étant précisé que la composante somatique ne dépasserait pas un tiers. L'assuré ne présentait pas de troubles avant l'accident de janvier 1998, toutefois, les traits particuliers de personnalité qu'il présente, de par leurs caractéristiques, laissent penser qu'ils étaient présents avant l'accident, mais sans produire de conséquences cliniques. Les troubles psychiques se sont développés progressivement, assez rapidement après l'accident. En effet, le Dr B_____, dans son rapport du 30 janvier 1998, fait état de troubles cognitifs subjectifs et évoque le risque d'une évolution vers un état anxio-dépressif. Trois mois après l'accident, il est question de "déséquilibre dans la fragile perception de soi" et cinq mois après, le médecin traitant recommande un psychiatre à l'assuré.

Selon l'expert, tenant compte des troubles objectivés lors des examens neuropsychologiques, on peut postuler une limitation de sa capacité d'exercer l'activité antérieure, en fonction des troubles psychiques, à 75%, avec amélioration progressive partielle sous prise en charge thérapeutique / réadaptative adéquate et suivie d'une manière satisfaisante. L'expert relève cependant que l'assuré ne paraît pas être prêt à faire des efforts et à accepter l'application d'une telle prise en charge. Il ne pourra ainsi pas recouvrer spontanément une capacité de travail plus importante, vu l'absence totale de motivation et sa régression sur tous les plans.

S'agissant de la mise en place d'éventuelles mesures médicales et/ou d'ordre professionnel, l'expert voit un élément négatif important dans le fait que l'assuré ait déposé une demande de rente AI une année et quatre mois après l'accident de janvier 1998, dans la mesure où cette demande ne lui paraît pas seulement injustifiée mais contre-productive, aidant l'assuré à se fixer dans sa conviction qu'il est effectivement invalide à 100%.

8. A noter que par décision du 10 mai 2000, l'OCAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité dès le 3 janvier 1999.
9. L'intimée a sollicité du Dr MULLIGAN un rapport sur l'évolution neuropsychologique. Il résulte du rapport daté du 13 avril 2000, que d'importantes difficultés mnésiques dans les tâches de mémoire épisodique (surtout en modalité verbale) et de mémoire de travail, ainsi que de troubles attentionnels et dans une moindre mesure exécutifs, ce dernier point constituant toutefois une amélioration, existent toujours. Le tableau s'inscrit parfaitement dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel. S'agissant de la rééducation neuropsychologique, il est relevé que l'assuré s'engage nettement dans ce processus, vient régulièrement aux séances et progresse dans les techniques présentées. Le médecin considère toutefois qu'une reprise de travail de bureau n'est pas encore possible compte tenu des déficits observés.
10. Le Dr Michel KUMMER, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a dans deux rapports des 28 juin et 2 juillet 2002, estimé qu'une reprise partielle de travail pourrait être envisagée à très long terme, mais qu'en l'état la capacité était nulle.
11. Une expertise pluridisciplinaire a été confiée au Centre multidisciplinaire de la douleur à Genolier. Elle a été réalisée par les Drs A. CROMBECQUE, neuropsychologue et P. ROSATTI, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le 13 juin 2005. Ceux-ci ont constaté que l'assuré présentait des troubles neuropsychologiques non spécifiques, discordants, qui dépassent ce qui est attendu dans le type d'accident qu'il a subi, en l'absence de toute lésion démontrable, notamment à l'IRM cérébrale, au status neurologique et à l'EEG. Il n'y a par ailleurs aucun trouble psychique invalidant associé. L'assuré a été victime de deux accidents rapprochés qui ne peuvent pas être considérés dans leur dynamique comme des accidents de gravité importante, ils sont tout au plus de gravité mineure à moyenne, sans conséquence somatique objective. Ils considèrent que le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne peut pas être posé dans le cas d'espèce, parce que lors de perte de connaissance, il est exceptionnel que le syndrome se développe, que par ailleurs l'assuré mentionne ne pas avoir de souvenirs de peur, n'a jamais fait de cauchemars, ne présente pas de flash back, ni aucune intrusion d'autre type. Enfin, que la règle dans des accidents de la gravité subie est que la guérison est spontanée en quelques mois.

S'agissant d'un trouble de l'adaptation, il manque actuellement pour ce diagnostic l'humeur dépressive et anxieuse. Le diagnostic de trouble somatoforme pourrait en revanche être envisagé compte tenu de l'incohérence de la symptomatologie, des plaintes diffuses, de l'absence de substrat, du tableau d'exagération et du comportement démonstratif. On reste tout de même un peu perplexe devant le peu de souffrance psychique montrée en confrontation des plaintes pseudo somatiques. Par ailleurs, le tissu social est conservé, une vie affective et sexuelle existe.

Les experts ont conclu que la symptomatologie, le comportement montré et les troubles neuropsychologiques décrits ne permettaient pas de poser un diagnostic et encore moins de le considérer comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident. Ils considèrent que sur le plan des suites de l'accident la capacité de travail est complète, et qu'aucune atteinte à l'intégrité n'est à retenir.

12. Par décision du 23 juin 2005, l'intimée a informé l'assuré que le versement des indemnités journalières était supprimé avec effet au 1^{er} juillet 2005.
13. L'assuré a formé opposition à ladite décision le 7 juillet 2005. Le 19 juillet 2005, Maître Mauro POGGIA s'est constitué pour la défense de ses droits.
14. Par décision du 1^{er} septembre 2005, l'intimée a rejeté l'opposition, se fondant sur l'expertise des Drs CROMBECQUE et ROSATTI.
15. L'assuré a interjeté recours le 1^{er} décembre 2005 contre la décision sur opposition. Il conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée afin qu'elle fixe le versement d'une rente d'invalidité sur la base d'une incapacité de 80% dès le 1^{er} juillet 2005 ainsi que la prise en charge des frais médicaux liés aux accidents des 2 janvier et 24 février 1998, avec effet au 1^{er} janvier 2005.
16. Dans sa réponse du 18 janvier 2006, l'intimée souligne que l'expertise pluridisciplinaire établie par les Drs CROMBECQUE et ROSATTI a pleine valeur probante. Se fondant dès lors sur les conclusions des experts, elle retient qu'en tout état le lien de causalité naturelle possible entre les troubles et les accidents s'est éteint six mois à un an après ces derniers, et qu'au surplus aucun lien de causalité adéquat ne saurait être admis. Elle considère qu'il ne lui appartient pas de prendre en charge le traitement médical puisque l'existence d'une causalité naturelle et adéquate fait à l'évidence défaut. Les experts ont constaté, quoi qu'il en soit, qu'il n'y avait pas de traitement médical apte à apporter une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré. Elle conclut dès lors au rejet du recours.
17. Par ordonnance du 18 septembre 2006, le Tribunal de céans a ordonné l'apport du dossier AI.
18. L'assuré a été entendu le 14 novembre 2006 par le Tribunal de céans. Il a tenu à répéter combien les deux accidents subis en janvier et février 1998 l'avaient complètement déstabilisé et changé sa vie. Son mandant a sollicité du Tribunal qu'il ordonne une nouvelle expertise neurologique ou neuropsychologique, doutant en effet de l'impartialité des auteurs de l'expertise multidisciplinaire et constatant notamment que le Dr ROSATTI se prononce exclusivement sur la question du lien de causalité adéquate, ce qui ne lui incombe pas.

Le représentant de l'intimée s'est opposé à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, considérant que celle-ci serait inutile et contestant la partialité de l'expertise des Drs ROSATTI et CROMBECQUE.

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

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. 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 *ratione materiae* pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. L'assuré étant domicilié en France, le tribunal des assurances compétent est celui du canton dans lequel le dernier employeur a son domicile (art. 58 al. 2 LPGA), soit en l'espèce Genève. Le Tribunal de céans est dès lors également compétent à raison du for.
4. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

Aux termes de l'art. 118 al. 1^{er} LAA, les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont régies par

l'ancien droit. Les accidents ayant eu lieu les 2 janvier et 24 février 1998, le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

En revanche, les règles de procédure sont immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1).

5. En ce qui concerne le délai de recours, l'art. 60 LPGA prévoit que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 106 LAA prévoit cependant qu'en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance. Déposé dans la forme et le délai imposés par la loi, le recours est donc recevable.
6. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations LAA au-delà du 1^{er} juillet 2005, date à laquelle l'intimée a supprimé le versement des indemnités journalières.
7. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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).

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 no U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 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) selon le 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).

8. 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, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} édition, 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 126 V 360 consid. 5 let. b ; 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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 (ATF 126 V 322 consid. 5 let. a).
9. En l'espèce, il s'agit d'établir s'il existe un lien de causalité naturelle entre les troubles dont se plaint l'assuré et les accidents des 2 janvier et 24 février 1998, et si ces troubles engendrent une incapacité de travail au-delà du 1^{er} juillet 2005.
10. Cet examen s'apprécie sur la base des constatations médicales.

S'agissant de la question de l'appréciation des preuves, le juge peut accorder une valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de l'assureur aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard d'un assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'objectivité de l'expert (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références citées).

Par ailleurs, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc).

11. En l'espèce, les médecins du centre de Genolier ont réalisé une expertise pluridisciplinaire fondée sur un examen neuropsychologique et psychiatrique. Pour ce faire ils ont étudié l'ensemble du dossier comprenant notamment les rapports des autres médecins. Ils ont également été attentifs à ses plaintes et à sa situation actuelle lors des examens qu'ils ont pratiqués et ont procédé à une anamnèse détaillée. L'état de santé de l'assuré a ainsi fait l'objet d'un examen complet et approfondi et les médecins ont pris soin de motiver leur appréciation de sorte que leur diagnostic a été établi en pleine connaissance de cause.

L'assuré soulève à l'encontre des experts le grief de prévention au motif qu'ils sont fréquemment mandatés par l'intimée. Ils prendraient ainsi systématiquement des conclusions favorables à celle-ci. On ne saurait cependant mettre en doute l'impartialité des experts sur une telle crainte, non fondée sur des motifs objectifs ou des circonstances particulières (ATF 125 V 353, VSI 2001, p. 109; RAMA 1999, N° U 332, p. 193).

Le Tribunal de céans considère dès lors que l'expertise remplit les réquisits jurisprudentiels et a pleine valeur probante.

12. 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).
13. Selon le rapport d'expertise établi par les Drs CROMBECQUE et ROSATTI, l'assuré souffre de troubles neuropsychologiques non spécifiques. Selon eux, la symptomatologie, le comportement montré et ses troubles ne permettent pas de poser un diagnostic. Ils considèrent que ceux-ci ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident, parce qu'ils sont discordants et dépassent ce qui est attendu dans le type d'accident subi en l'absence de toute lésion démontrable. Les deux accidents étant sans conséquence somatique objectivable, ils ont tenté d'expliquer la symptomatologie et plus particulièrement étudié trois hypothèses de

diagnostic, soit l'état de stress post-traumatique, les troubles de l'adaptation ou le trouble somatoforme douloureux et les ont écartés en expliquant pourquoi. En conclusion, l'assuré ne souffre pas de troubles psychiques entrant dans une classification reconnue.

L'assuré considère au contraire que le lien de causalité naturelle est incontestable. Il lui paraît évident que sans les accidents des 2 janvier et 24 février 1998, il ne souffrirait pas de vertiges, de maux de tête, et ne serait pas sujet à des peurs, des angoisses et des cauchemars récurrents.

Le Tribunal de céans constate que les experts, même s'ils disent ne pas pouvoir poser un diagnostic déterminé, n'en ont pas moins mis en évidence l'existence de troubles psychiques. Le lien de causalité naturelle doit dès lors être admis au vu de la présomption retenue par la jurisprudence sus évoquée.

14. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.

Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références, 115 V 405 consid. 4a).

15. En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (SVR 1995 UV no 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral. En effet, lorsque l'existence d'un tel traumatisme est établie, il faut, si l'accident est de gravité moyenne, examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 336 sv consid. 6a et 382 sc consid. 4b. En revanche, dans les autres cas, il convient de se référer aux principes applicables en cas de troubles psychiques (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa). Ceci vaut même en présence d'un tel traumatisme, lorsque les lésions appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique (ATF 123 V 99 consid. 2a).

En l'espèce, l'assuré a été successivement victime de deux traumatismes crâniens. Toutefois, les troubles psychiques apparaissent plus importants, de sorte qu'il convient d'appliquer les critères ressortant de l'ATF 115 V 140.

Le TFA 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 des accidents, 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, à l'événement accidentel lui-même.

Les accidents des 2 janvier et 24 février 1998, ont été classés par les experts du centre du Genolier dans la catégorie des accidents de gravité légère pour le premier et moyenne pour le second. Selon le Dr SAMITCA également, ce dernier accident devait être qualifié de moyen.

L'intimée s'est fondée sur cette qualification.

L'assuré rappelle quant à lui qu'il a été victime de deux accidents successifs qui se sont soldés par des pertes de conscience et de mémoire, que le second accident peut objectivement être considéré comme impressionnant, son scooter ayant du reste été complètement détruit par le choc.

Selon la jurisprudence du TFA, un accident est considéré comme moyen à la limite des accidents graves, dans le cas où le véhicule de l'assuré a été violemment percuté à l'arrière par un camion et complètement détruit (arrêt du 30 novembre 2004, U 201/02; arrêt du 22 juin 2005, U 190/04).

Dans deux arrêts du 12 mars 2003, U 61/02, et du 14 janvier 2005, U 191/03, le TFA a toutefois considéré qu'une collision du véhicule de l'assuré par l'arrière était un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. Le Tribunal de céans a également retenu qu'il s'agissait d'un accident de gravité moyenne à la limite de la catégorie "léger" (ATAS 817/05), dans le cas d'un assuré circulant en scooter, tombé en tentant une manœuvre d'évitement, parce que le véhicule qui le précédait avait brusquement freiné.

16. En l'espèce, le premier accident subi par l'assuré en 1998 - chute - peut être qualifié de léger. Il convient de relever, s'agissant du deuxième événement, que l'on en ignore le déroulement précis, aucun rapport de police ne figurant dans le dossier. L'assuré estime qu'il a perdu connaissance durant une quinzaine de minutes, mais cela n'a pu être établi. Dans son rapport du 22 avril 1998, le Dr CLEMENT ne constate aucune lésion osseuse et ne diagnostique que des contusions multiples.

Il se justifie dès lors au vu de la jurisprudence susmentionnée, de qualifier d'accident de gravité moyenne celui survenu à l'assuré le 24 février 1998.

17. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre des accidents de gravité moyenne et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se

référer uniquement à l'événement accidentel lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou à aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. 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. Lorsqu'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).

18. En l'espèce, les circonstances des deux accidents ne sauraient être qualifiées de dramatiques ou particulièrement impressionnantes. Les lésions subies par l'assuré (contusions multiples) ne sont pas particulièrement graves et il n'apparaît pas à la

lecture du dossier qu'il aurait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles des accidents.

En revanche, l'assuré souffre de céphalées, ainsi que d'autres troubles tels des troubles du langage, fatigabilité, difficultés de la concentration et de mémoire qui ont persisté depuis l'accident. Cette situation peut être assimilée à des difficultés apparues au cours de la guérison (comp. ATF 117 V 368 consid. 7b), le critère des douleurs persistantes étant également rempli.

Les experts ont considéré que l'assuré avait recouvré une capacité de travail complète, bien qu'il n'ait en réalité pas repris d'activité lucrative depuis février 1998. Il est vrai, cependant qu'il a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, dès janvier 1999 par l'OCAI.

Or, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du

tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Par exemple, le Tribunal fédéral des assurances a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3).

Il y a lieu de rappeler qu'en l'espèce, il s'agit de déterminer s'il y a causalité adéquate ou non, condition qui n'a pas à être examinée en AI.

Au regard de l'ensemble des circonstances du cas, le critère de la durée d'incapacité de travail et celui de la persistance des douleurs ne sont toutefois pas, à eux seuls d'une importance particulière suffisante pour que les accidents des 2 janvier et 24 février 1998 soient tenus pour la cause adéquate (arrêt du 30 juin 2004, U 118/03; arrêt du 30 novembre 2004, U 201/02) des troubles dont souffre l'assuré.

Il y a en conséquence lieu de constater que la SUVA a, à juste titre, mis fin aux prestations le 1^{er} juillet 2005.

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

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

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 pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

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