

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4377/2005

ATAS/789/2006

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 13 septembre 2006**

En la cause

Monsieur I \_\_\_\_\_, domicilié , 1212 GRAND-LANCY,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ISLER  
Manuel

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Karine STECK et Doris WANGELER, Juges**

---



### **EN FAIT**

1. Monsieur I \_\_\_\_\_, né en 1962, a travaillé depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004 au service de la société X \_\_\_\_\_ AG, à Bellwald, en qualité d'auxiliaire de chantier. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après SUVA).
2. Le 27 juillet 2004, alors qu'il démontait un plateau de coffrage, l'assuré a été déséquilibré et a chuté d'une hauteur de 2,8 mètres sur une dalle en béton. Intubé sur place par les secours, il a été ensuite hélicoptéré par la REGA à "établissement hospitalier" à Berne. A l'entrée, les médecins ont diagnostiqué une syncope d'étiologie indéterminée consécutive à une chute et status après commotion cérébrale. Les différents examens pratiqués n'ont pas mis en évidence de lésions osseuses ou organiques, mais un léger hémisyndrome sensitif droit a été relevé.
3. Le lendemain, l'assuré a été transféré au Centre hospitalier du Haut-Valais, à Viège, pour des investigations neurologiques complémentaires, afin d'éclaircir le diagnostic de syncope. L'assuré y a séjourné jusqu'au 13 août 2003, en raison de maux de tête et de nualgies persistantes. Compte tenu de son état nerveux, mélancolique et probablement dépressif, il a été adressé au "établissement hospitalier" du Haut-Valais, à Brig.
4. Dans leur rapport de sortie du 23 août 2004, les médecins du "établissement hospitalier" du Haut-Valais ont indiqué qu'en raison de la suspicion d'un trouble post-traumatique, ils ont adressé le patient à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) pour de plus amples investigations.
5. L'assuré a séjourné dans le service de réadaptation neurologique de la CRR du 24 août au 14 septembre 2004. Dans leur rapport du 22 septembre 2004 à l'attention du chef de clinique du "établissement hospitalier" du Haut-Valais, les médecins de la CRR ont retenu comme diagnostic primaire une rééducation neurologique, et comme diagnostics secondaires un TCC le 27 juillet 2004, des cervicalgies non spécifiques et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. Les comorbidités mentionnées sont un tabagisme chronique, une appendicectomie il y a vingt ans et une blessure par balle au niveau de la cheville droite il y a quelques années. A l'anamnèse, les médecins ont relevé que l'assuré avait été victime d'un TCC, avec une amnésie post-traumatique de quelques heures. Les examens radiologiques et cliniques effectués à "établissement hospitalier" de Berne auraient permis d'exclure un problème cérébral ou cervical. Les suites de l'accident ont été marquées par l'apparition d'un état anxieux et dépressif important, des cervicalgies irradiant en casque au niveau frontal, ainsi que des troubles de la concentration et de la mémoire. A l'examen clinique d'entrée, les médecins ont trouvé un patient vite fatigable et irritable, apathique, sans initiative, prostré dans son lit, ne parlant pas

spontanément. Sa prise en charge a été rendue plus difficile par le fait qu'il ne parlait que l'albanais. Du point de vue neurologique, l'examen d'entrée était normal. Une IRM n'a pu être pratiquée, l'assuré ayant présenté une attaque de panique dans l'appareil. Le scanner cérébral natif du 6 septembre 2004 est toutefois dans les normes. Sur le plan ostéo-articulaire, la mobilité de la nuque est complète, les radiographies effectuées à Viège ne montraient pas de lésion traumatologique, mais quelques signes dégénératifs. Du point de vue neuropsychologique, les médecins relèvent que le bilan n'est pas interprétable en raison d'une part des difficultés de langage, et d'autre part, du fait que le patient s'y est d'emblée opposé, argumentant qu'il ne parlait pas le français. On ne peut donc exclure des troubles neuropsychologiques secondaires au TCC. Sur le plan psychiatrique, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive est retenu, ainsi que des indices de trouble dissociatif (de conversion), en l'absence d'éléments somatiques clairs pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse et les troubles comportementaux. Selon les médecins de la CRR, le tableau clinique présenté par le patient ne peut pas être considéré comme la seule conséquence du TCC subi par le patient en juillet 2004. Ils ne pouvaient pas se prononcer en l'état actuel, quant à une reprise du travail.

6. Par décision du 2 novembre 2004, la SUVA a mis fin à ses prestations avec effet au 31 octobre 2004.
7. Le 8 novembre 2004, l'assuré a formé opposition. Il a été entendu le 10 décembre 2004 à l'agence de la SUVA de Sion, en compagnie de son épouse. Le collaborateur de la SUVA a relevé que l'assuré était visiblement en très mauvais état psychique, qu'il n'a pas participé à l'entretien et que c'est son épouse qui s'est exprimée. Elle a expliqué qu'avant l'accident, son mari était en bonne santé et se réfère à un courrier du 10 novembre 2004 de la Dresse A \_\_\_\_\_, du Centre de psychiatrie du Haut-Valais, aux termes duquel celle-ci confirme le diagnostic établi par la CRR et indique que l'état de santé actuel du patient est à mettre en relation directe avec l'accident de travail.
8. Le 4 janvier 2005, Me Anton ARNOLD s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré et a sollicité copies des pièces du dossier.
9. Dans un rapport du 24 février 2005 à l'attention de la SUVA, le Dr B \_\_\_\_\_ pose le diagnostic de "posttraumat Belastörungen", le patient est décrit comme apathique, "mit deutlicher cerebraler Einschränkung".
10. A la demande de la SUVA, le Centre de psychiatrie a établi un rapport en date du 12 juillet 2005. Les Drs C \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ expliquent que le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'a pas été retenu, en l'absence notamment de flash-backs. Le diagnostic le plus probable est celui de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive, selon F.43.21 de la classification CIM-10, car les symptômes durent depuis plus de six mois. L'état de santé n'a pas subi de

changement et le patient suit régulièrement une psychothérapie ambulatoire qui se déroule en présence de son épouse. Une tendance à la simulation est relevée, dès lors que plusieurs déclarations de l'épouse ont été totalement contredites par le patient.

11. La SUVA a soumis le dossier à son médecin-conseil, pour avis médical. Dans une note du 29 juillet 2005, le Dr. E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, relève que le status neurologique est normal, que les radiographies n'ont pas mis en évidence de lésion osseuse, ni d'instabilité, et que la mobilité de la colonne cervicale est normale. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble de l'adaptation a été retenu. Selon le Dr E \_\_\_\_\_, à la sortie de la CRR, l'assuré ne présentait pas de séquelles somatiques dues à l'accident.
12. Par décision du 12 septembre 2005, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que les troubles psychiques qu'il présente ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.
13. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré, domicilié à Genève depuis le 1<sup>er</sup> mai 2005, interjette recours le 12 décembre 2005. Il conteste la décision de la SUVA, alléguant que depuis l'accident, il ne parle plus et qu'en raison des difficultés liées à la langue, il n'a pas été possible d'investiguer de façon approfondie l'état psychique, qu'il considère être en relation directe avec l'accident. Il conclut à la mise en œuvre d'une expertise neuropsychologique par un expert maîtrisant l'albanais.
14. Le 11 janvier 2006, Me Manuel ISLER a informé le Tribunal de céans qu'il se constituait pour la défense des intérêts de l'assuré, ce dernier ayant révoqué le mandat de son précédent conseil.
15. Dans sa réponse du 27 février 2006, la SUVA conclut au rejet du recours, rappelant que dans le cas d'espèce, les troubles psychiques consécutifs à un TCC apparaissent au premier plan dans le cadre d'une situation socio-familiale et professionnelle difficile compte tenu du déracinement social, de la langue inconnue et de la précarité professionnelle. La mise en œuvre d'une expertise neuropsychologique ne se justifie pas, eu égard à la mauvaise compliance du recourant même dans des tests non-verbaux déductibles par le simple bon sens qui rend celles-ci ininterprétables. Enfin, quoi qu'il en soit, l'existence d'une relation de causalité adéquate entre les troubles et l'accident, qui est de gravité moyenne, doit être niée.
16. Par réplique du 30 juin 2006, le recourant fait valoir que la relation de causalité adéquate doit être admise, au regard de la prise en charge médicale de longue durée, des douleurs corporelles, de la longue incapacité de travail et de son état de santé avant l'accident. Il conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise neuropsychologique et, sur le fond, à l'admission du recours et à l'octroi des prestations légales.

17. Ces écritures ont été communiquées à la SUVA le 4 juillet 2006, qui a renoncé à déposer une duplique.
18. Sur quoi, 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<sup>er</sup> 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. 56V 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 (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.

3. Les dispositions matérielles et de procédure de la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, sont applicables au cas d'espèce, l'accident dont a été victime le recourant étant survenu le 27 juillet 2004.
4. Selon l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1er LPGA). En matière d'assurance-accidents toutefois, en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA).

Le recours interjeté par l'assuré, domicilié à Genève, dans les forme et délai prescrits par la loi devant le Tribunal de céans, est recevable.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 octobre 2004, singulièrement sur le caractère naturel et adéquat du lien de causalité entre les atteintes que celui-ci a présentées au-delà de cette date et l'événement accidentel survenu le 27 juillet 2004.

6. Il sied de relever préalablement que la LPGA n'a pas modifié les notions de causalités naturelle et adéquate et qu'elle maintient l'exigence de ces rapports de causalité entre l'accident assuré et les atteintes à la santé pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance-accidents (cf. art. 6 al. 1 LAA; ATFA du 13 février 2006 U 462/04).

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 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). 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 no U 341 p. 408 sv., 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.

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin » (Schleudertrauma, whiplash-injury), de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel

traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes tels que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, 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 prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b).

7. En l'espèce, il résulte du dossier médical que le recourant a subi un traumatisme crânien, avec perte de connaissance et une amnésie post-traumatique de quelques heures. Un scanner cervico-thoraco-abdominal n'a pas montré de lésions. Très vite, le recourant s'est plaint de céphalées, ainsi que de cervicalgies irradiant en casque au niveau frontal. Les médecins de "établissement hospitalier" à Berne l'ont fait transférer le lendemain de l'accident à l'Hôpital de Viège, pour des investigations neurologiques complémentaires. Durant cette hospitalisation, il est apparu très nerveux, anxieux et dépressif, et après un week-end où il a manifesté des idées suicidaires, il a été admis au "établissement hospitalier" du Haut-Valais à Brig où il est demeuré hospitalisé du 16 août au 24 août 2004. Les médecins psychiatres ont décrit un patient très angoissé, plaintif, avec lequel un contact visuel était pratiquement impossible. Même dans sa langue, l'investigation était difficile et toujours influencée par sa femme, car le patient, très déprimé, se plaignait constamment de forts maux de tête et de cervicalgies. Des troubles de l'attention et la concentration ont été notés. A l'évocation des idées de suicide, le patient a commencé à pleurer. Il a été adressé à la CRR pour des investigations complémentaires.

Les médecins de la CRR ont relevé du point de vue psychiatrique une apathie majeure, un manque d'initiative, une thymie clairement abaissée, avec signes de découragement ainsi que des troubles du sommeil et un vécu douloureux persistant. Le diagnostic retenu par le psychiatre est celui de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive (F 43.21). Dans le diagnostic différentiel, le psychiatre avait évoqué un état de stress post-traumatique (avec anesthésie psychique, émoussement émotionnel, détachement par rapport aux autres, et insensibilité à l'environnement) ou un trouble dissociatif (de conversion). Au terme du séjour, le psychiatre a confirmé le premier diagnostic, ainsi que les indices d'un trouble dissociatif (de conversion), en l'absence d'éléments somatiques clairs pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse et les troubles comportementaux. Les médecins de la CRR relevaient que le tableau clinique présenté alors ne pouvait être considéré comme la seule conséquence du TCC de juillet. Les difficultés neuropsychologiques étaient difficiles à apprécier en raison de la non-compliance du patient et de la langue. S'agissant de la reprise du travail, les médecins n'étaient pas à même de se prononcer.

Contrairement à l'avis de l'intimée, qui a laissé la question ouverte, le Tribunal de céans constate en l'état actuel du dossier que les troubles présentés par le recourant correspondent au tableau clinique d'un TCC, de sorte qu'il y aurait plutôt lieu d'admettre le lien de causalité naturelle entre eux et l'accident. En effet, l'état prémorbide antérieur était probablement asymptotique et il n'est pas établi, au regard du degré de la vraisemblance prépondérante, que la personnalité de l'assuré aurait tôt ou tard évolué, sans le traumatisme cranio-cérébral, vers les symptômes présentés depuis lors (cf. ATFA du 12 avril 2006 U 101/05). Quoi qu'il en soit, le Tribunal de céans considère que l'aspect médical n'a pas été suffisamment investigué, pour les raisons exposées ci-après.

8. 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).

En présence de troubles d'ordre psychique 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 examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b, sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a, dernier paragraphe; RAMA 1999 no U 341 p. 408 consid. 3b). En revanche, dans les autres cas, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité doit se faire sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa (RAMA 2002 n° U 470 p. 531 consid. 4a [= arrêt M. du 30 juillet 2002, U 249/01]).

Si les 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 cranio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan par rapport aux problèmes d'ordre psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique (ATF 123 V 99 consid. 2a; RAMA 2002 n° U 470 p. 531 consid. 4a, 1995 p. 115 ch. 6). Cette précision de jurisprudence vaut lorsque le problème psychique apparaît prédominant directement après l'accident ou encore lorsqu'on peut retenir que durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation, les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance. En ce qui concerne les troubles psychiques apparaissant dans de tels cas, il ne doit pas s'agir de simples symptômes du traumatisme vécu, mais bien d'une atteinte à la santé (secondaire) indépendante, la

délimitation entre ces deux situations devant être notamment au regard de la nature et de la pathogenèse du trouble, de la présence de facteurs concrets qui ne sont pas liés à l'accident et du déroulement temporel (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 [= arrêt B. du 12 octobre 2000, U 96/00]; voir aussi arrêt P. du 30 septembre 2005, U 277/04).

En matière de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. 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, sur l'événement accidentel lui-même. Si l'accident est de gravité moyenne, il faut examiner le caractère adéquat du lien de causalité non pas en se fondant sur la seule gravité objective de l'accident, mais se référer en outre, dans une appréciation globale, à d'autres circonstances objectivement appréciables, en relation directe ou indirecte avec celui-ci (ATF 117 V 366 consid. 6a). En matière d'accidents de type « coup du lapin » comme en matière de traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 383 consid. 4b), 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 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 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).

9. En l'espèce, l'accident peut être qualifié de degré de gravité moyenne. Les radiographies pratiquées n'ont pas mis en évidence de lésion physique. En revanche, le recourant se plaint toujours de maux de tête, de cervicalgies et il a développé des troubles psychiques qui ne lui ont pas permis de reprendre son travail.

A cet égard, le Tribunal de céans considère que l'instruction sur le plan médical est insuffisante ; en effet, les médecins de la CRR n'ont pratiqué qu'un bref examen neuropsychologique, en raison du fait que le patient ne comprend pas le français et qu'il s'est braqué d'emblée. Il était prostré, fuyant le contact visuel, exprimant des douleurs continuellement ; il n'était pas dans un état permettant une évaluation fiable de ses compétences cognitives. Les médecins ont conclu que les résultats étaient en conséquence ininterprétables.

Or, pour pouvoir déterminer si les troubles du recourant sont en relation de causalité adéquate certaine, probable ou possible avec l'accident au-delà du 31 octobre 2004, il est indispensable qu'une expertise neuropsychologique soit effectuée dans les règles de l'art, cas échéant en dehors de la présence de l'épouse, afin de déterminer exactement de quels troubles souffre le recourant, quelle est leur gravité ou leur intensité. L'anamnèse doit être complétée en vue d'obtenir des précisions quant à l'état prémorbide du recourant. Il conviendra aussi d'interroger le Dr F \_\_\_\_\_ qui suit le recourant depuis son arrivée à Genève. Le diagnostic psychiatrique devra être précisé et, en cas de trouble dissociatif de conversion, expliqué.

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle procède à une instruction complémentaire et qu'elle mette en œuvre, dans les meilleurs délais, une expertise neuropsychologique du recourant avec un expert parlant la langue du recourant, ou du moins s'assurant le concours d'un interprète. Ceci fait, l'intimée rendra une nouvelle décision.

En conséquence, le recours sera admis.

**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. L'admet et annule la décision sur opposition du 12 septembre 2005, ainsi que celle du 2 novembre 2004.
3. Renvoie la cause à la SUVA pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimée à payer au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. 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).

Le greffier

La Présidente :

Walid BEN AMER

Juliana BALDE

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