RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/452/2006 **ATAS/973/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 31 octobre 2006

En la cause

Monsieur P_____, domicilié , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MARSANO Jean-Luc	recourant

contre

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

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Valérie MONTANI et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur P_____, né le 1975, travaillait depuis le 1er février 2001 pour l'entreprise X_____ SA, enseignes, véhicules et créations publicitaires, en qualité de peintre en lettres. Son travail consistait principalement en la création sur ordinateur et en pose de lettres autocollantes. Il était dans ce cadre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA.

2. En date du 13 mai 2001, alors qu'il se trouvait à un mariage, il s'est fait frapper à la tête à plusieurs reprises par un invité. Il a eu une perte de connaissance d'environ 15 secondes puis s'est fait transporter à l'hôpital par ambulance.

3. Dans un rapport des (ci-après les "établissement hospitalier") du 13 mai 2001, le médecin de la division des urgences médicaux-chirurgicales a relevé : "Il [l'assuré] se plaint de céphalalgies occipitales et de douleurs au niveau de l'oreille gauche. Il nous dit avoir perdu connaissance 15 secondes. L'examen physique met en évidence une plaie du cuir chevelu de la région occipitale droite, de 5 centimètres, des contusions, dermabrasions de la région frontale et pariétale gauche avec une plaie au niveau de la partie supérieure de l'oreille gauche. On ne note pas d'autres lésions cutanées ou d'ecchymoses. L'examen clinique est par ailleurs sans particularité".

4. Le 15 mai 2001, l'agresseur de l'assuré l'a menacé de mort en laissant un message sur la boîte vocale de son téléphone portable. L'assuré a déposé plainte pénale le même jour.

5. Le Dr A_____, spécialiste en neurologie, a vu l'assuré le 8 juin 2001. Il a diagnostiqué un syndrome post-traumatique. Le patient présentait des troubles de la concentration, de la lecture ainsi que des troubles visuels, et avait beaucoup de difficulté à évaluer les distances. Il avait peur de la foule et parfois la tête lui tournait. L'assuré présentait une incapacité totale de travail.

6. Dans un rapport du 5 septembre 2001, le Dr B_____, médecin chef du service d'ophtalmologie aux "établissement hospitalier", a relevé que le patient présentait une photophobie qui était un symptôme cardinal des manifestations visuelles post-traumatiques et a préconisé le port de verres teintés. S'agissant des douleurs sur la région oculaire droite, elles pouvaient d'une part être motivées par une douleur en casque irradiant de la région cervicale sur l'orbite droite, d'autre part par une légère asthénopie. Le problème de la mauvaise estimation des distances et peut-être des vitesses devait être investigué.

7. L'assuré s'est adressé au centre LAVI et a été traité depuis juin 2001 par Madame C_____, psychologue.

Dans un rapport du 14 octobre 2001, Madame C_____ a notamment relevé ce qui suit : "*L'assuré* a été victime d'une agression particulièrement grave en date du 13 mai 2001. Violemment battu à coups de poing et de pied par une connaissance lors d'un mariage, il a perdu connaissance à plusieurs reprises et pense n'avoir échappé à la mort que grâce à l'arrivée de son amie qui a pu appeler du secours. (…) Lors de la première consultation, il présentait un mois après l'agression de nombreux signes d'un état de stress post-traumatique aigu : peurs, en particulier de se retrouver seul, états d'angoisse, troubles graves du sommeil, cauchemars, flash-backs, troubles de la concentration et de la mémoire, attaques de panique, phobies sociales limitant sa liberté de mouvements, etc. Les pertes de connaissance, la peur de mourir et l'état d'impuissance total dans lequel il s'est trouvé durant l'agression l'ont particulièrement traumatisé. Sur le plan émotionnel, *l'assuré* m'a semblé désorienté et "possiblement déprimé", submergé par le grand nombre de démarches à entreprendre en lien avec l'agression et très contrarié par son incapacité à reprendre son activité professionnelle. Enfin, sur le plan somatique, il se plaignait alors de maux de tête persistants qui ont nécessité la prise d'analgésiques. (…) Mon investigation ne met pas en évidence de troubles antérieurs de la personnalité. *L'assuré* décrit sa vie préalable comme normale, ce que semblent confirmer une activité professionnelle et sociale, une vie de couple relativement stable, de bonnes relations avec sa famille, l'absence d'hospitalisation ou de passage à l'acte, l'absence de suivi thérapeutique. (…) Assez rapidement, *l'assuré* a semblé se remettre de la plupart de ses symptômes post-traumatiques, en particulier de ses peurs de rester seul, de son évitement des situations sociales et de ses troubles de concentration. Cependant, son sommeil reste à l'heure actuelle perturbé et *l'assuré* est en outre confronté à des attaques de panique éprouvantes quand il est face à des événements ou des discussions évoquant certaines parties de l'agression. (…) D'autre part, ses angoisses et son humeur dépressive se sont aggravées du fait des troubles somatiques (visuels en particulier) très handicapants, survenus à la suite de l'agression. Outre des lésions corporelles simples, *l'assuré* a en effet développé par la suite des troubles visuels (hypersensibilité à la lumière en particulier) et neurologique (fourmillement dans les orteils) et a été examiné par le Professeur B_____, les Drs D_____ et A_____ et Madame E_____, neuropsychologue. (…) Ces troubles obligent *l'assuré* à porter en permanence des lunettes noires et rendent impossible le travail prolongé sur un ordinateur, ou même la lecture soutenue. (…) Préconisant un soutien médicamenteux, je l'ai adressé à un collègue psychiatre, le Dr F_____, en parallèle avec mon suivi post-traumatique. (…) Malgré les bonnes ressources démontrées par *l'assuré* en début de suivi, il est donc certain que les troubles somatiques actuels, et l'incertitude qu'ils génèrent, prolongent l'état de stress post-traumatique en empêchant le patient de reprendre une activité professionnelle qui lui permettrait de dépasser son traumatisme (…)".

8. En date du 15 octobre 2001, l'assuré a fait une déposition auprès de la SUVA. Il a notamment déclaré qu'il présentait depuis son agression un stress post-traumatique. Un mois après l'événement, il avait remarqué qu'il ne supportait plus la lumière; il était constamment ébloui, même à l'intérieur. Il présentait également des maux de tête dès qu'il se concentrait et un manque de sensibilité au niveau des orteils des deux pieds, plus au pied droit qu'au pied gauche. Il avait souvent des crises d'angoisse qui devenaient de plus en plus fortes. Il présentait des problèmes pour s'endormir, était très angoissé, tendu et très nerveux. Il n'arrivait pas à se concentrer plus de 20 minutes puis avait de violents maux de tête. Il n'avait jamais souffert de dépression ou de troubles psychologiques avant cette agression. Divers examens, une IRM et un examen neurologique, n'avaient rien révélé de particulier. Le Professeur B_____ avait diagnostiqué un traumatisme crânien.

9. Dans un rapport du 31 octobre 2001, le Dr G_____, spécialiste en ophtalmologie, a diagnostiqué une importante photophobie, une asthénopie et un trouble de la concentration au travail visuel de près. L'état n'était pas stabilisé.

10. Dans un rapport du 11 juin 2002, Madame C_____ a relevé qu'elle avait vu le patient depuis la date de son dernier rapport à sept reprises. La situation avait peu évolué. L'assuré n'avait pu reprendre son travail qu'à mi-temps, car ses difficultés visuelles, de mémoire et de concentration le limitaient encore dans l'exercice de sa profession.

11. Dans un certificat du 13 juin 2002, le Dr H_____, médecin traitant interniste, a relevé que les plaintes du patient étaient les mêmes qu'au début, à savoir des photophobies et des céphalées avec un manque important de concentration, qui le gênaient extrêmement dans son travail. Il s'agissait de séquelles d'un traumatisme crânien accompagné d'un syndrome de stress post-traumatique, ce qui signifiait que l'état de santé actuel du patient était la conséquence directe des coups qu'il avait reçus le 13 mai 2001.

12. Dans un rapport du 26 juillet 2002, le Dr I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que l'incapacité actuelle de travail de 50% paraissait réaliste. La capacité était limitée par les maux de tête. Il était trop tôt pour procéder à la clôture du cas.

13. Dans un rapport du 9 décembre 2002, le Dr H_____ a diagnostiqué un syndrome de stress post-traumatique avec troubles de la vision. La capacité de travail s'élevait à 50% depuis le 4 février 2002. Il n'était pas possible de prévoir la durée du traitement.

14. En date du 5 mai 2003, l'assuré a déposé une demande en paiement devant le Tribunal de première instance à l'encontre de son agresseur.

15. Dans un rapport du 20 juin 2003, Madame C_____ a relevé que le patient n'avait pas pu reprendre son activité professionnelle à plein temps en raison d'une grande fatigabilité, en particulier sur le plan oculaire. Il supportait mieux la lumière du jour que précédemment (port de lunettes moins fréquent durant les séances). Cependant, malgré cette très lente amélioration, le fonctionnement oculaire impliquait toujours une gêne considérable. L'assuré souffrait encore à l'occasion de migraines, en particulier lors d'activités de réflexion. Sur le plan psychologique, il semblait reprendre le dessus et avoir acquis une grande maturité dans la gestion de son état.

16. L'assuré a séjourné dans le service neurologique de la Clinique romande de réadaptation de la SUVA du 9 septembre au 1er octobre 2003.

    Dans un rapport du 20 octobre 2003, les médecins ont diagnostiqué une rééducation neurologique (diagnostic primaire), un TCC léger avec plaie occipitale en mai 2001, ainsi que des céphalées de type tensionnel. Le décollement postérieur du vitré de l'œil constituait une comorbidité. Sur le plan psychiatrique, le consilium intégrait les symptômes actuels de type fatigabilité, intolérance à la lumière et céphalées, dans le diagnostic de syndrome post-commotionnel. Les céphalées décrites étaient évocatrices de céphalées tensionnelles et non pas de migraines. L'examen neuro-ophtalmologique, l'EMG et l'IRM pratiqués ne révélaient pas d'anomalie patente et les médecins ne retenaient aucun élément pour justifier une incapacité fonctionnelle d'origine oculaire. L'examen neuropsychologique se situait globalement dans les limites de la norme pour toutes les fonctions investiguées - praxis, gnosies, langage, mémoire, fonctions exécutives. L'évaluation aux ateliers professionnels avait permis de mettre le patient en situation d'activités informatiques requérant de la créativité, de l'attention et de la concentration soutenue. Le patient n'avait émis aucune plainte spontanée et la qualité de son travail avait été variable en fonction de l'intérêt qu'il portait à la tâche. Globalement, la qualité pouvait être considérée comme satisfaisante. Dans un contexte de céphalées et de fatigabilité importante, les médecins ont constaté des résultats très légèrement inférieurs à la norme pour les tâches attentionnelles (attention divisée, mémoire à court terme). Le réentraînement au travail effectué pendant le séjour permettait au médecin de proposer un élargissement de la capacité de travail à 70%. Si le bilan neuro-ophtalmologique de contrôle du Professeur B_____ ne révélait aucune anomalie susceptible de limiter la capacité de travail, celle-ci devrait être complète par la suite. La capacité de travail s'élevait ainsi à 50% à partir du 6 octobre 2003 et à 70% à partir du 1er novembre 2003.

17. En date du 2 octobre 2003, l'employeur de l'assuré s'est adressé à la SUVA. Les médecins de la Clinique romande de réadaptation avaient demandé à son employé de recommencer à travailler à 70%, mais sans décharge dégageant son entreprise de toute responsabilité en cas de malaise, il ne pouvait permettre à l'assuré de réintégrer sa place au sein de l'entreprise.

18. En date du 22 octobre 2003, l'assuré a fait une déposition auprès de la SUVA et décrit le poste de travail qu'il occupait avant l'accident. Il travaillait entre 6 et 8 heures par jour assis derrière un ordinateur et devait être à même de dessiner au millimètre, ce qui requérait une grande concentration. Le reste de la journée était passé à peindre, à coller des lettres, à poser des panneaux à différentes hauteurs ainsi qu'à divers déplacements en camionnette. Ces déclarations ont été contresignées par l'employeur.

    Par ailleurs, l'assuré a contesté que le stage en atelier effectué à la Clinique romande de réadaptation puisse être utile à l'évaluation de sa capacité de travail, car l'ordinateur sur lequel il travaillait ne fonctionnait pas bien et prenait environ 5 à 7 minutes afin de mettre en place les formes qu'il devait créer. Ces minutes ne pouvaient pas être considérées comme travaillées et l'assuré considérait avoir passé les 9/10ème de son temps à attendre. Il avait en outre travaillé deux semaines à faire un écusson alors qu'il mettait moins de deux heures chez son employeur pour effectuer la même tâche. Actuellement, il estimait son incapacité de travail totale en raison de ses maux de tête, des douleurs oculaires et du manque de concentration.

19. Dans un rapport du 28 octobre 2003, le Dr J_____, spécialiste en neurologie, a relevé que l'examen neurologique était actuellement dans les limites de la norme. Ce médecin estimait qu'une fois le médicament Valium arrêté, une reprise de travail à temps complet pourrait être envisagée.

20. Par courrier du 18 novembre 2003, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme au paiement des indemnités journalières au 16 novembre 2003 à minuit.

21. Dans un rapport du 20 novembre 2003, le Dr H_____ a mentionné que l'incapacité était toujours totale.

22. Dans une déclaration à la SUVA du 27 novembre 2003, l'assuré a indiqué qu'il ne suivait actuellement plus de traitement psychiatrique et qu'il ne souffrait plus de troubles post-traumatiques. Cependant, il présentait toujours une incapacité totale de travail et n'avait pas repris son emploi malgré le courrier de la SUVA l'informant de la fin du versement des indemnités journalières au 16 novembre 2003.

23. Par courrier du 4 décembre 2003, l'assuré s'est opposé au courrier de la SUVA concluant à l'arrêt du versement des indemnités journalières au 16 novembre 2003.

24. Dans un rapport du 4 décembre 2003, le Professeur B_____ a mentionné que l'assuré manifestait, suite à son traumatisme de mai 2001, plusieurs symptômes ophtalmologiques. Cependant, le patient présentait un examen orthoptique normal avec vision binoculaire dans les normes.

25. Dans un rapport du 16 janvier 2004, la Dresse K_____, travaillant dans le service du Professeur B_____ aux "établissement hospitalier", a relevé que

la relation de causalité entre les troubles oculaires et l'accident était certaine, que lesdits troubles justifiaient une incapacité de travail totale dans la profession de l'assuré pour une durée indéterminée.

26. Dans un courrier à l'avocat de l'assuré du 9 février 2004, le Dr D_____ a indiqué que les différents tests pratiqués n'avaient pas pu mettre en évidence d'éventuelles lésions des structures oculaires. Seule une fatigue visuelle avec douleurs liées à un syndrome post-traumatique avait pu être retenue. Depuis les examens de 2001, la sensibilité excessive à la lumière s'était quelque peu amendée, rendant le port de verres teintés moins constant. Les douleurs et la fatigue visuelle étaient par contre restées présentes sans réelle amélioration. Le Dr D_____ se ralliait à l'avis du Professeur B_____, estimant que les divers troubles de l'assuré étaient la conséquence de l'évènement de mai 2001. Ainsi, le lien de causalité entre cet événement et les plaintes semblait quasiment irréfutable. Enfin, ce médecin estimait que la poursuite à plein temps de l'activité professionnelle, sans adaptation, n'était vraisemblablement plus possible compte tenu des difficultés visuelles. Il convenait de procéder à une réévaluation des possibilités professionnelles de l'assuré dans un cadre plus approprié à son état de santé.

27. Dans un rapport du 15 mars 2004, le Dr I_____ a proposé une appréciation multidisciplinaire avec examen du patient.

28. L'assuré a été licencié de son poste de travail avec effet au 30 avril 2004.

29. La SUVA a soumis à la Dresse L_____, ophtalmologue, le dossier de l'assuré. Dans son appréciation du 25 mai 2004, ce médecin a indiqué que les troubles visuels et de concentration ne relevaient pas de l'état anatomique de l'œil et que d'un point de vue organique, aucune incapacité de travail ne se justifiait.

30. Dans un rapport du 2 octobre 2004, Madame C_____ a relevé une nette amélioration de l'état anxio-dépressif, amélioration sujette à de brèves rechutes en cas de stress, mais en voie de stabilisation. L'état de l'assuré pouvait être qualifié d'épisode dépressif léger. Le patient semblait désormais bien accepter son handicap oculaire, se plaignant moins de migraines depuis qu'il ne travaillait plus sur ordinateur. Les Drs D_____ et H_____ maintenaient pour le moment un arrêt de travail à 50%. Si le fonctionnement oculaire n'était pas trop sollicité, l'assuré devrait pouvoir à terme reprendre normalement une activité professionnelle. Sur le plan psychologique, il n'y avait aucun frein à une reprise, hormis la question des migraines au cas où l'assuré solliciterait trop son activité oculaire. Sur le plan physique, l'assuré ne mentionnait ni péjoration ni amélioration depuis au moins un an. Il restait sensible à la lumière, portait encore fréquemment des lunettes de soleil, même à l'intérieur.

31. Dans un rapport du 11 octobre 2004, le Dr I_____ a relevé que l'évolution des troubles somatiques pouvait être considérée comme terminée. Il n'y avait plus

de troubles ophtalmologiques clairement identifiés qui puissent être attribués à l'accident. Plus de deux ans après un TCC mineur, le syndrome subjectif pouvait être considéré comme terminé.

32. Par décision du 17 décembre 2004, la SUVA a confirmé qu'elle mettait un terme au versement des indemnités journalières dès le 16 novembre 2003 à minuit. En effet, il apparaissait que seuls les troubles d'ordre psychique dont faisait état l'assuré justifiaient encore l'incapacité de travail. Or, il n'y avait plus de relation de causalité adéquate entre lesdits troubles et l'accident.

33. Par courrier du 17 décembre 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision, demandant à pouvoir consulter le dossier.

34. Par décision du 7 janvier 2005, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE auprès duquel l'assuré avait déposé une demande de prestations lui a octroyé une demi-rente d'invalidité du 1er mai 2002 au 31 janvier 2004.

35. Par courrier du 15 février 2005, l'assuré a complété son opposition, concluant à la reconnaissance de son incapacité de travail totale du 1er octobre 2003 au 31 janvier 2004, puis à son incapacité de 50% dès le 1er février 2004, et à la condamnation, sous suite de dépens, au versement d'indemnités journalières dès le 16 novembre 2003 à minuit, avec intérêts à 5% dès le 17 novembre 2003. Il a fait valoir qu'il présentait toujours des troubles visuels l'empêchant de travailler. Après le stage à la Clinique romande de réadaptation, qui n'avait selon lui pas permis d'établir sa capacité de travail (il n'avait réalisé qu'un écusson en deux semaines en raison du système informatique peu performant, alors que ce même travail aurait dû être effectué chez son employeur en deux heures), il avait tenté de reprendre son travail, mais son employeur s'y était refusé, par mesure de sûreté. En effet, au bout de deux jours de travail intensif, il n'avait pas pu assumer son poste sans souffrir de la vue, ce qui avait provoqué des maux de tête l'empêchant de se concentrer et perturbant son travail. Malgré cela, l'assurance avait cessé le paiement des indemnités, contestant l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles et l'accident du 13 mai 2001. Or, selon les Drs B_____, K_____ et G_____, la relation de causalité était certaine. Sans cette agression, ses troubles visuels n'existeraient pas. L'assuré a par ailleurs relevé que seuls demeuraient des facteurs d'ordre physique (photophobie), à l'exclusion de troubles psychiques. Enfin, il a précisé que les médecins de la Clinique de réadaptation avaient préconisé une reprise à 70% à la condition expresse que le Professeur B_____ ne relève aucune anomalie susceptible de limiter sa capacité de travail. Or, il présentait une telle anomalie, soit une photophobie, qui l'empêchait à ce jour de travailler à temps complet.

36. Dans le cadre de la procédure civile, le Tribunal de première instance a ordonné des expertises ophtalmologique conduite par le Dr M_____ et neurologique conduite par le Dr N_____.

Dans son expertise du 2 septembre 2005, le Dr RAPP, ophtalmologue et ophtalmo-chirurgien, a relevé que dans les semaines qui avaient suivi l'aggression, l'assuré avait pris conscience de divers symptômes. Du point de vue de l'importance, on notait la présence d'une sensibilité intense à la lumière, douloureuse, accompagnée d'un mal de tête. Deuxièmement, des troubles visuels particuliers, tels que la difficulté d'apprécier la vitesse des objets en déplacement avaient été constatés. Ces symptômes étaient aujourd'hui fortement atténués; ils avaient duré environ une année de manière importante. En troisième lieu, des troubles douloureux au niveau de la nuque et au niveau du pied droit (fourmillements) avaient également progressivement disparu.

L'assuré présentait actuellement une incapacité de travail de 50% et émargeait au chômage pour le 50% restant. L'examen ophtalmologique de l'assuré révélait des signes objectifs, soit une myopie moyenne de réfraction, un décollement postérieur du vitré à droite, une légère faiblesse de convergence lors de la vision binoculaire de près, une discrète atteinte vestibulaire périphérique et des signes subjectifs, une photophobie quasi permanente entraînant le port de lunettes noires presque constant en tout cas à l'extérieur, un inconfort important lors de la vision binoculaire de près se révélant après quelques minutes et allant en augmentant, suivi d'une fatigue anormale, et des céphalées provoquées par tout effort visuel un peu prolongé en particulier lors du travail de près. Dans la discussion, l'expert a relevé que l'état purement oculaire, c'est-à-dire l'état anatomique et physiologique des yeux, ne révélait aucune atteinte pouvant être en relation avec l'accident du 13 mai 2001, hormis le décollement du vitré à droite, selon l'expert, sans relation de causalité au niveau des symptômes présentés par l'assuré.

L'état neuro-ophtalmologique avait également été évalué, sur la base des données anamnestiques, rapportées par le recourant. C'était avant tout, l'aspect des symptômes et leur description tant sur le plan fonctionnel que douloureux, qui, par confrontation avec ce qui était connu de la physiopathologie des fonctions visuelles supérieures, allaient fournir au spécialiste un faisceau d'éléments convaincants ou non d'un trouble réel, et secondairement d'une éventuelle relation de causalité.

S'agissant de la relation de causalité naturelle, l'expert a relevé qu'il y avait eu un traumatisme cérébral ou crânio-cérébral mineur (TCC). La relation temporelle, non suffisante mais nécessaire, était elle aussi établie : il n'y avait pas de symptomatologie antérieure à l'accident pouvant entrer dans le nouveau cadre symptomatologique et ce n'était qu'après le TCC que les symptômes étaient apparus. S'agissant des symptômes, la photophobie était une des plaintes classiques les plus fréquentes mentionnées après un TCC. Elle était parfaitement cohérente

dans le cas présent. Selon l'expert, le TCC mineur, provoqué par des chocs fronteaux, pariétaux et occipitaux, avait entraîné des symptômes visuels, ce qui paraissait parfaitement naturel. Toute la cohérence des dires de l'assuré, leur précision, leur constance dans les différents regroupements par différents intervenants étaient un faisceau d'arguments convaincants d'une relation causale entre le traumatisme et les plaintes. Une simulation avec création de toute pièce de la symptomatologie semblait impossible à concevoir raisonnablement.

Répondant à des questions, l'expert a conclu que les troubles de la fonction visuelle globale (la photophobie notamment) étaient de façon déterminante en relation de causalité naturelle avec l'agression du 13 mai 2001. Était réservée l'influence de l'ingestion d'alcool dont l'importance causale était impossible à déterminer. Ces troubles oculaires justifiaient toujours une incapacité de travail de 50% dans le secteur d'activité de l'assuré. Cette quantification n'était que l'expression d'un rendement fortement diminué, ce qui avait été prouvé par les différentes tentatives d'augmentation du taux de travail. Un reclassement professionnel, dans un autre secteur, pourrait probablement rendre une capacité complète. Il n'y avait pas d'argument pour une prédisposition dans les troubles oculaires. La durée des symptômes, soit plus de 4 ans au jour de l'expertise, était manifestement de mauvais pronostic et il était raisonnable de considérer les troubles comme irréversibles.

37. Dans le cadre de l'expertise neurologique du 30 août 2005, conduite par le Dr N_____, neurologue, le recourant a été soumis à un examen neuropsychologique, effectué par Madame E_____. Dans son rapport du 6 juin 2005, Madame E_____, psychologue FSP, a conclu que le syndrome de stress post-traumatique était aujourd'hui amendé. Les troubles cognitifs (difficultés de concentration, fatigabilité, troubles visuels et maux de tête) étaient représentatifs d'une symptomatologie neuropsychologique fréquemment rencontrée dans les séquelles d'un TCC. Quatre ans après le traumatisme crânien, ils pouvaient être considérés comme stables, et n'étaient pas susceptibles dans le futur d'une amélioration substantielle. Depuis l'accident, l'expertisé avait fait l'objet de nombreux examens neurologiques. Selon ces diverses appréciations, il fallait retenir que les status étaient toujours décrits comme dans les normes et qu'étaient normaux les examens complémentaires, tous pratiqués dans les premiers six mois (EEG, EMG, IRM); ces examens n'avaient pas été répétés parce que les neurologues restaient convaincus de la nature essentiellement subjective du syndrome que présentait le patient et du fait qu'aucune lésion sous-jacente ne pourrait être détectée.

L'expert N_____ a quant à lui diagnostiqué un syndrome post-commotionnel, appelé également syndrome subjectif des traumatisés crâniens ou plus simplement syndrome post-traumatique. Il s'agissait d'un ensemble de symptômes retrouvés fréquemment dans les suites d'un TCC mineur. Était dit mineur un TCC qui entraînait une perte de connaissance et/ou une amnésie

circonstancielle de moins de 20 minutes, avec, par la suite, un examen neurologique normal et un état de conscience bon. Un status après état de stress post-traumatique était également diagnostiqué. Il s'agissait d'un ensemble de symptômes suite à des événements psychologiques traumatisants. Ces événements devaient être hors du commun et impliquer une menace sérieuse pour la vie ou l'intégrité physique du patient. L'expert estimait que dans le cas de l'assuré, la conjonction de l'agression et des menaces de mort était suffisante pour expliquer et affirmer l'état de stress post-traumatique. Comme les autres symptômes (céphalées, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, etc.), la photophobie pouvait échapper à toute explication organique scientifiquement démontrable. Cette constellation symptomatologique était très habituelle chez les traumatisés crâniens et il n'y avait en l'occurrence aucune raison de la mettre en doute chez l'assuré. Selon l'expert, il existait une relation de causalité naturelle entre l'agression et les plaintes de l'intéressé.

L'expert a estimé l'incapacité de travail de l'assuré totale à dater de l'agression et jusqu'à fin 2001. Que cette incapacité totale ait persisté jusqu'à la reprise à 50% le 4 février 2002 paraissait à l'expert dans un degré raisonnable de probabilité. Cette reprise à 50% était selon lui tout à fait justifiée. Qu'elle ait duré jusqu'à l'automne 2003 lui paraissait en revanche très discutable. Enfin, qu'on ait voulu ramener l'incapacité de travail à 100% après l'hospitalisation à la Clinique de réadaptation, malgré l'avis des divers spécialistes et du Dr J_____, lui paraissait difficilement justifiable. En effet, comme le confirmait divers échanges entre la SUVA et l'employeur de l'assuré, cette hospitalisation à la Clinique romande de réadaptation avait été repoussée à plusieurs reprises pour des raisons professionnelles (en mai et en juin 2003). Il convenait d'admettre que l'expertisé, bien que ne travaillant qu'à 50%, devait être efficace dans son travail pour ne pas pouvoir être remplacé. Que l'employeur de l'assuré ait déclaré que le salaire versé à son employé était un salaire social, alors que l'hospitalisation avait été retardée de plus de 4 mois, ne paraissait pas crédible à l'expert. Ainsi, il estimait raisonnable de penser qu'après une période de 6 mois, donc à partir d'août 2002, l'assuré aurait pu reprendre le travail à 100%. Le troisième rapport de Madame C_____, du 11 juin 2002, parlait en ce sens, puisque l'état du patient avait continué à s'améliorer pendant cette période de reprise de travail, avec résorption sub-totale de l'état de stress post-traumatique. A partir du 1er novembre 2003, le Dr N_____ pensait que la possibilité d'une reprise à 100% pouvait être qualifiée de très probable. Enfin, plus de 4 ans après l'agression, l'état du patient pouvait être considéré comme stabilisé. Il existait cependant probablement une part de majoration, qu'elle soit consciente ou non, due à la non résolution du problème assécurologique et juridique. Cette part, qui n'était évidemment pas mesurable, pourrait évoluer favorablement une fois résolus les facteurs qui l'entretenaient. Selon l'expert, il resterait toutefois une atteinte à l'intégrité définitive qu'il qualifierait de minime à modérée. Enfin, le Dr N_____ a relevé que les

troubles présentés n'entraînaient aucune atteinte objectivable, puisque par définition le syndrome post-commotionnel était constitué d'un ensemble de symptômes sans aucun signe clinique, ni marqueur biologique, ni signal électro-physiologique ou radiologique, ni atteinte organique.

38. Par décision du 8 novembre 2005, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Le dossier révélait que l'intéressé avait subi un traumatisme crânien. Pour le reste, les examens électro-diagnostics et l'IRM cérébrale s'étaient révélés normaux. Aucune atteinte structurelle organique oculaire n'expliquait les troubles visuels dont souffrait l'assuré. Très tôt, un état de stress post-traumatique, soit des troubles d'ordre psychique sans rapport avec une cause organique, avait dominé l'ensemble du tableau. Or, selon la jurisprudence, en matière de troubles psychiques, le lien de causalité adéquate devait être examiné à l'aide de critères objectifs, telle la gravité de l'accident. En l'espèce, l'accident n'était pas banal, mais ne pouvait objectivement être considéré comme grave. Cet événement devait être qualifié d'accident de gravité moyenne, certainement pas à la limite de la catégorie des accidents relativement impressionnants d'un point de vue objectif. Dès lors, la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident devait être niée.

39. Par courrier du 9 février 2006, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant, sous suite de dépens, au versement des indemnités journalières dès le 16 novembre à minuit, avec intérêts à 5% dès le 17 novembre 2003, sur la base d'une incapacité totale de travail du 1er octobre 2003 au 31 janvier 2004, puis sur la base d'une incapacité de travail de 50% à partir du 1er février 2004. Il a fait valoir que le lien de causalité naturelle et adéquate entre ses troubles visuels et l'agression du 13 mai 2001 était évident. Il souffrait encore à ce jour d'intolérance à la lumière, l'obligeant à porter des lunettes noires, même à l'intérieur, de céphalées très violentes et de problèmes de concentration, qui l'empêchaient d'exercer son métier de graphiste. Tant le Professeur B_____ que le Dr D_____ avaient mis en évidence le lien de causalité entre les troubles et l'accident. L'expert RAPP, dans son expertise du 2 septembre 2005, avait établi qu'il avait été victime d'un traumatisme crânien et qu'il souffrait d'une photophobie quasi constante, accompagnée d'une céphalée. Selon cet expert, le fait que l'IRM n'ait pas mis en évidence de lésions était classique dans un TCC mineur. L'atteinte était trop peu importante ou diffuse anatomiquement pour être détectée. Cependant, ce médecin a estimé que les maux dont souffrait l'assuré étaient en relation de causalité naturelle avec l'agression et qu'une incapacité de travail de 50% dans son secteur d'activité était encore justifiée. Par ailleurs, la SUVA affirmait que ses troubles étaient de nature psychique. Or, tel n'était pas le cas, puisqu'il s'agissait de troubles somatiques dus à des lésions microscopiques, non visibles avec une imagerie cérébrale notamment. D'ailleurs, selon Madame C_____, l'état post-traumatique était totalement résorbé dans le courant de l'année 2002 déjà, et seuls persistaient les troubles somatiques. Quoiqu'il en soit, même si le Tribunal de céans qualifiait les troubles présentés de psychiques, il

fallait reconnaître, même dans ce cas, le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte et l'agression. En effet, il s'agissait d'un accident de gravité moyenne si bien que la causalité s'appréciait au regard de toutes les circonstances, soit en l'occurrence de la durée très longue du traitement, de la persistance des douleurs pendant des années, de l'absence de réparation de la part de l'agresseur, des difficultés tant sociales, professionnelles qu'économiques rencontrées ainsi que des menaces de mort proférées par l'agresseur.

40. Dans sa réponse du 10 mars 2006, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a tout d'abord sollicité le dépôt par le recourant de l'expertise neurologique du Dr N_____, effectuée dans le cadre du procès civil devant le Tribunal de première instance. Elle a ensuite rappelé qu'en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.), l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain devait être en principe reconnue. Pour décider dans le cas concret de l'existence ou non d'un rapport de causalité adéquate, on appliquait, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés par la jurisprudence à propos des troubles psychiques. En l'occurrence, le traumatisme crânien subi devait être qualifié de léger. Du point de vue objectif, on devait relativiser le caractère impressionnant ou dramatique de l'agression, puisque le recourant avait immédiatement après l'événement rassuré la jeune fille qui l'accompagnait. Les lésions physiques s'étaient résumées à des contusions et à un traumatisme crânien simple, qui n'était pas propre à entraîner des troubles psychiques. Quant au traitement, il avait été prodigué dans les règles de l'art, sans que la guérison ne soit marquée de complications importantes. Ce traitement s'était prolongé en raison des importantes investigations médicales mises en œuvre, lesquelles n'avaient pas révélé d'atteintes physiques particulières, en dehors d'un décollement du vitré de l'œil droit sans incidence sur la symptomatologie de l'intéressé. Dès lors, l'existence d'une causalité adéquate devait être niée et la SUVA était fondée à interrompre le versement de ses prestations au 16 novembre 2004.

41. Par ordonnance du 31 mars 2006, le Tribunal de céans a demandé au recourant l'apport de l'expertise neurologique du Dr N_____, effectuée dans le cadre du procès civil devant le Tribunal de première instance.

42. Par courriers des 28 avril et 3 mai 2006, le recourant a transmis le rapport d'expertise du Dr M_____ du 2 septembre 2005, le rapport d'expertise du Dr N_____ du 30 août 2005, ainsi que le procès-verbal de l'audience qui s'était tenue le 21 mars 2006 devant le Tribunal de première instance, au cours de laquelle le Dr N_____ avait été entendu.

43. Par courrier du 15 mai 2006, la SUVA a relevé que le Dr N_____ confirmait le bien-fondé de sa propre position, dès lors qu'il affirmait qu'à partir du

1er novembre 2003, il était très probable que l'assuré puisse reprendre le travail à plein temps.

44. Par courrier du 12 juillet 2006, le Tribunal de céans a demandé au recourant une copie de la page 15 de l'expertise du Dr N_____, manquante.

45. Par courrier du 17 juillet 2006, le recourant a transmis au Tribunal de céans le rapport d'expertise complet du Dr N_____.

46. Sur ce, les différents courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er 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 3 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 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'événement s'est produit en mai 2001, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 8 novembre 2005 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il

convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).

5. a) Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par l'assuré peuvent encore donner droit à des prestations de l'assurance-accidents.

b) 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 entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b; 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04).

En ce qui concerne la coordination des taux d'invalidité entre les différentes branches de l'assurance sociale (ATF 126 V 288), l'assurance-accidents n'est pas liée par l'évaluation à laquelle a procédé l'office cantonal de l'assurance-invalidité, lorsque l'assuré souffre d'affections d'origine maladive qui n'engagent pas la responsabilité de l'assureur-accidents.

c) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1; 122 V 233 consid. 1; 121 V 38 consid. 1a et les références). Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme

extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA non publié du 15 octobre 2004, cause U 9/04).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents 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 (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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 338 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).

Le lien de causalité adéquate est en revanche 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).

En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, 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. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique.

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 cranio-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).

Ensuite, si l'accident est de gravité moyenne, il faut examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 366 ss consid. 6a et 382 ss consid. 4b. Ces critères 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.

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 cranio-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 cranio-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).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite 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 de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 140 s consid. 6c/aa et bb et 409 s consid. 5c/aa et bb; FRESARD, op. cit., ch. 39 et les références).

6. Selon l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

A cet égard, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalide exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas

particulier et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ; VSI 2002 p. 70).

Est déterminant lors de la comparaison des revenus au sens de l’art. 16 LPGA, le moment de l’ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition. L’assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d’examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n’est intervenue durant la période postérieure à l’ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174).

En vertu de l’art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase, est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l’assuré a gagné durant l’année qui a précédé l’accident.

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante

n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant 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)

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

8. En l'occurrence, il conviendra tout d'abord d'examiner la question de la causalité naturelle, celle de la causalité adéquate, et enfin celles de la capacité de travail du recourant, du droit du recourant à une éventuelle rente de l'assurance-accidents et de son droit à une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI).

   Préalablement, il y a lieu de relever que les expertises des Dr M_____ et N_____ ont pleine valeur probante au sens de la jurisprudence.

   S'agissant tout d'abord de l'atteinte en tant que telle, il convient de constater que le recourant a présenté suite à l'accident un TCC léger avec plaie occipitale en mai 2001, ainsi qu'un état de stress post-traumatique suivi d'un cortège de symptômes (notamment une photophobie et des céphalées tensionnelles). Actuellement comme séquelles, reste la photophobie quasi constante avec exacerbation douloureuse provoquée par l'effort visuel prolongé. Du point de vue somatique, l'état purement oculaire, c'est-à-dire l'état anatomique et physiologique des yeux, ne révèle aucune atteinte pouvant être en relation avec l'accident du 13 mai 2001, hormis le décollement du vitré à droite, selon l'expert, sans relation de causalité au niveau des

symptômes présentés par l'assuré. Selon les diverses appréciations neurologiques effectuées, les status sont toujours décrits comme dans les normes et les examens complémentaires (EEG, EMG, IRM) sont tous qualifiés de normaux. Dès lors, il convient de constater que les symptômes encore actuellement présentés par le recourant (photophobie et céphalées) - et dont l'existence n'est nullement mise en doute - ne sont pas de nature somatique, mais découlent du syndrome de stress post traumatique et doivent être qualifiés de psychiques, à défaut de substrat organique.

S'agissant du lien de causalité naturelle, tous les experts et médecins qui se sont prononcés sur la question sont unanimes à dire que les symptômes actuels sont en lien de causalité naturelle avec l'accident de mai 2001.

La question de la causalité adéquate est, comme il a été dit sous chiffre 5 de la partie en droit, une question de droit, qu'il convient au juge de trancher.

En l'occurrence, il a été constaté que les troubles actuels du recourant découlent du syndrome de stress post-traumatique et n'ont pas de cause organique. Dès lors la jurisprudence en matière d'atteintes découlant de traumatismes crânio-cérébraux s'applique.

L'on peut qualifier l'accident du recourant d'accident de gravité moyenne, ni à la limite d'un accident particulièrement impressionnant d'un point de vue objectif, ni à la limite d'un accident de peu de gravité. Ainsi, en présence d'un accident de gravité moyenne, il y a lieu de prendre en considération les critères énumérés par la jurisprudence.

En l'espèce, l'on ne peut pas retenir de circonstances particulièrement dramatiques de l'accident, mais il convient de relever que l'accident n'est pas banal et ces circonstances relativement traumatiques ont été exacerbées par les menaces de mort reçues quelques jours après l'agression. Par ailleurs, le TCC diagnostiqué était mineur, de même que les lésions physiques constatées. Le traitement psychologique conduit par Madame C_____ a duré jusqu'en octobre 2004, soit près de 3 ans et demi. L'état anxio-dépressif avait été bien amélioré, mais l'assuré restait sensible à la lumière. Quant aux traitements physiologiques, ils n'ont pas eu une durée particulièrement longue et ont consisté surtout en divers examens visant à déterminer l'origine de la photophobie et des céphalées; il n'y a en outre pas eu d'erreur de traitement. Doivent donc être pris en considération parmi les critères jurisprudentiels permettant de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident celui des douleurs physiques persistantes, très handicapantes au vu de la profession du recourant, et celui de la durée du traitement. Il convient également de relever que le recourant souffre toujours de photophobie et a présenté, de manière certaine, une incapacité partielle de travail jusqu'en octobre 2003. L'ensemble de ces circonstances conduit à admettre

l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident et les atteintes à la santé dont souffre l'assuré au-delà du 16 novembre 2003.

8. Il convient maintenant de déterminer la capacité de travail du recourant et son éventuel droit à une rente de l'assurance-accidents.

Se trouvent au dossier :

- un rapport de la Clinique romande de réadaptation du 20 octobre 2003, selon lequel la capacité de travail du recourant s'élève à 50% à partir du 6 octobre 2003, à 70% à partir du 1er novembre 2003; puis à 100% par la suite.

- un rapport du Dr J_____ du 28 octobre 2003, selon lequel une reprise de travail à temps complet peut être envisagée après l'arrêt du Valium.

- un rapport du Dr H_____ du 20 novembre 2003, selon lequel le recourant présente une incapacité de travail complète.

- un rapport du Dr D_____ du 9 février 2004, selon lequel la poursuite à plein temps de l'activité de peintre en lettres, sans adaptation, n'est vraisemblablement plus possible compte tenu des difficultés visuelles.

- un rapport d'expertise du Dr N_____ du 30 août 2005, selon lequel à partir du 1er novembre 2003, la possibilité d'une reprise à 100% peut être qualifiée de très probable.

- un rapport d'expertise du Dr M_____ du 2 septembre 2005, selon lequel les troubles oculaires du recourant justifient une incapacité de 50% dans son secteur d'activité.

En outre, il convient de relever que le recourant a contesté les résultats des stages effectués à la Clinique de réadaptation, faisant valoir que le matériel informatique, peu performant, lui laissait de nombreux temps d'arrêt pour se reposer et qu'il n'avait produit qu'un écusson en deux semaines, alors qu'il devait en produire un en deux heures chez son employeur. Les résultats du stage n'étaient donc pas probants.

Le Tribunal de céans relève que la photophobie dont souffre le recourant n'est mise en doute par aucun des médecins ou experts qui l'ont examiné. Cette photophobie, étant une atteinte ayant rapport aux yeux, il convient de retenir les avis des médecins et experts ophtalmologues, qui d'ailleurs se rejoignent. Selon l'expert M_____ et le Dr G_____, le recourant présente une capacité résiduelle de travail entière à partir d'octobre 2003, mais ne peut travailler à plein temps dans son secteur d'activité, qui requiert un travail sur ordinateur et donc visuel, constant. Ces appréciations sont rendues plausibles par la description des douleurs - qui apparaissent après un effort visuel et de concentration prolongé - faites par les nombreux intervenants médicaux. Ainsi, le Tribunal tiendra pour

établi que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée au 16 octobre 2003, et non pas une capacité de travail entière dans sa profession.

9. Il convient dès lors de procéder à la comparaison des revenus avant et après invalidité, afin de déterminer le degré éventuel d'invalidité du recourant. L'année déterminante pour la comparaison des revenus est l'année 2003, puisque l'intimée a versé des indemnités journalières jusqu'au 16 octobre 2003 et qu'à cette date le traitement doit être considéré comme terminé.

   S'agissant du salaire avant invalidité, il se serait élevé en 2003 à 5'100 fr. brut x 12, soit à **61'200 fr.,** selon les déclarations de l'employeur du 11 octobre 2004.

   Pour le revenu après invalidité, compte tenu de l'activité de substitution sans travail visuel sur écran de longue durée, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités requérant des connaissances professionnelles qualifiées en 2002, à savoir 5'493 fr. par mois ou 65'916 fr. (ESS 2002, tableau TA1, niveau de qualification 3). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,7 heures en 2002 - cf. La Vie économique 3-2006, tableau B9.2, p. 90), ce montant doit être porté à 68'717 fr. 45. Réactualisé pour l'année 2003 par le biais de l'indice des salaires nominaux, le salaire après invalidité en 2003 est de 69'691 fr. (cf. La Vie économique 3-2006, tableau B10.3, p. 91).

   Compte tenu des limitations que présente le recourant et au vu de son jeune âge, seul un abattement de 10 % selon la jurisprudence se justifie, ce qui porte le revenu après invalidité à **62'721 fr. 90.**

   Ainsi, la comparaison des revenus avant et après invalidité ne laisse pas apparaître de perte de gain. Dès lors, force est de constater que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité LAA.

10. Il y a maintenant lieu de se pencher sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité auquel a éventuellement droit le recourant.

    Si par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). Une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera, avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une

telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen (GILD et ZOLLINGER, Die Integritätentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 1984, pp. 38 et 46; dans le même sens, MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 417; RUMO-JUNGO, MURER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104).

En vertu des art. 25 al. 2 LAA et 36 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), le Conseil fédéral a édicté des directives sur le calcul de l'atteinte à l'intégrité, constituant l'annexe 3 de l'OLAA. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le chiffre 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. La division médicale de la SUVA a en outre élaboré des tables complémentaires plus détaillées (Informations de la division médicale de la SUVA n° 57 à 60, ainsi que 62), que le Tribunal fédéral a jugées compatibles avec l'annexe 3 OLAA, dans la mesure où elles ne constituaient pas des règles de droit impératives, mais simplement des indications destinées à garantir l'égalité de traitement entre les assurés (ATF 116 V 156; 113 V 218). Par ailleurs, le TFA a jugé dans une jurisprudence constante que les troubles psychiques consécutifs à un accident ne donnaient droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité que lorsqu'il était possible de poser de manière indiscutable un diagnostic individuel à long terme, qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration (cf. ATFA du 3 avril 1998 en la cause U 257/96 et RAMA 1998 p. 354 et ss).

Il convient tout d'abord de constater que, selon les médecins, l'état de santé du recourant est stabilisé et qu'il n'y a pas lieu d'attendre d'amélioration du point de vue de la photophobie.

Selon la table 11 de la SUVA, en cas de grave photophobie, l'assuré a droit à une IPAI de 5%. Comme il a été constaté que le recourant ne présente plus qu'une capacité résiduelle de travail, dans une autre profession que celle de graphiste, ne pouvant plus accomplir de longs travaux sur ordinateur, qu'il reste ébloui par la lumière, particulièrement en extérieur, et que ses douleurs oculaires et ses céphalées apparaissent après un effort visuel prolongé, il convient de constater qu'il présente une grave photophobie donnant droit à une IPAI calculée sur un taux de 5%.

8. Le recours sera par conséquent partiellement admis dans le sens des considérants. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, aura droit à des dépens.

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 dans le sens des considérants.

3. Annule la décision de la SUVA du 8 novembre 2005 en tant qu'elle nie la causalité adéquate entre l'accident et les troubles encore présentés par l'assuré et la confirme pour le surplus.

4. Condamne la SUVA à verser au recourant une IPAI basée sur un taux de 5%.

5. Condamne la SUVA à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.

6. 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

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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