

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/636/2014

ATAS/964/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 août 2014**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à THÔNEX, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître ZIEGLER Elisabeth

recourant

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA, sise  
Richtiplatz 1, WALLISELLEN

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1955 et originaire de l'ex-Yougoslavie, a travaillé en dernier lieu en qualité de jardinier-chauffeur. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accident à La Suisse Générale Assurances, à laquelle a ensuite succédé Elvia, puis Allianz Suisse Société d'assurances SA (ci-après l'assureur-accidents).
2. Le 4 décembre 1987, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation routière. Alors qu'il était à l'arrêt dans sa voiture, il a été heurté par le véhicule qui le suivait. A l'hôpital cantonal, le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral avec contusions des muscles paravertébraux a été posé.
3. Selon le rapport de police, l'auteur de la collision a déclaré avoir roulé à 50km et n'avoir pas vu que l'assuré était arrêté. Il avait alors effectué un freinage d'urgence qui avait laissé des traces de plus de 14m, selon les constatations de la police.
4. Selon le rapport technique du 8 décembre 1987, les frais de réparation du véhicule de l'assuré se sont élevés à CHF 2'540,20.
5. Selon le rapport du 16 décembre 1987 du Dr B\_\_\_\_\_, neurologue FMH, le recourant se plaignait depuis l'accident de maux de tête, cervicalgies très importantes, gros troubles de la mémoire, vertiges et nausées qui l'ont obligé à garder le lit. L'examen neurologique était normal. Ces troubles s'expliquaient par un syndrome cervical post-traumatique et un syndrome subjectivo-traumatique.
6. Dans son rapport du 3 mars 1988, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, ainsi que médecin traitant, a mentionné un syndrome cervical post-traumatique extrêmement important, une névralgie cervico-brachiale gauche, des dorsalgies, un syndrome subjectif post-traumatique, des maux de tête et des vertiges. Les nausées avaient pratiquement disparu. Ce médecin a ensuite attesté à plusieurs reprises que les plaintes étaient restées identiques et que les traitements avaient échoués.
7. Du 25 avril au 7 juillet 1989, l'assuré a été hospitalisé aux Institutions universitaires de psychiatrie de Genève qui ont diagnostiqué un état de stress post-traumatique, forme chronique, un état dépressif, un niveau intellectuel limité et des traits de personnalité dépendante. Le but du séjour était de permettre une approche globale pour répondre aux différents aspects de l'affection dépressive de l'assuré. Les tests cognitifs montraient des résultats situant l'assuré au tout début des opérations concrètes et un bas niveau à la Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS). Il était probable que le patient avait été oligophrène. L'indice de détérioration significatif observé au WAIS ne permettait pas d'exclure un degré de détérioration consécutive à la dépression ou à l'accident. Sur le plan somatique, l'assuré présentait une contraction et une rigidité importante de tout le rachis cervical, ainsi qu'un syndrome radiculaire C8 à gauche, avec rétrécissement du trou de conjugaison à ce niveau. Selon les médecins, la répercussion actuelle sur la nuque avait certainement pour origine une composante psychogène à plus de 80%.

8. En septembre 1990, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le docteur D\_\_\_\_\_ de la polyclinique universitaire psychiatrique de Berne. Ce médecin a posé le diagnostic de status de traumatisme crânien-cervical d'une gravité allant de légère à moyenne avec syndrome de peur généralisée, névrose post-traumatique et caractère psychogène massif des troubles cognitifs et somatiques. Toutes les indications anamnestiques parlaient contre l'existence d'une oligophrénie importante. Selon les indications d'anamnèse objectives et les rapports dont l'expert disposait, il n'y avait aucun indice de quelques troubles importants sur le plan psychologique avant l'accident. L'assuré était totalement incapable de travailler. Toutefois, les troubles de la cognition n'étaient absolument pas typiques des états de traumatisme cervical. Enfin, l'assuré avait un comportement grotesque.
9. En janvier 1993, l'assuré a fait l'objet d'une expertise par le Dr E\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 9 février 1993, l'expert a constaté que l'assuré avait présenté une commotion cérébrale et un syndrome douloureux cervico-brachial gauche, s'accompagnant d'un état dépressif avec régression massive dans un état de complète dépendance à l'égard de son épouse, l'amenant non seulement à être incapable de reprendre son travail de jardinier, mais à mener depuis lors une vie quasi végétative se déroulant pratiquement sans cesse dans un état de somnolence dans son lit. Devant l'impossibilité d'améliorer son état, il fallait le considérer comme définitivement invalide.
10. Du 25 avril au 11 mai 1994, l'assuré a séjourné à la clinique et polyclinique de neurologie de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève. Il se plaignait depuis l'accident de cervico-brachialgies gauches irradiant dans la région occipitale et le vertex, quasi permanentes, exacerbées par les moindres mouvements, associées à une parésie globale du membre supérieur gauche et à des paresthésies dans la région antéro-médiane de l'avant-bras gauche. Il présentait également des nausées permanentes et de fréquents vomissements qu'il mettait en relation avec les cervicalgies, ainsi que des vertiges rotatoires parfois si intenses qu'ils provoquaient une perte de connaissance, parfois prolongés sans facteur déclenchant. A cela s'ajoutaient des cauchemars. Son entourage le décrivait comme ralenti, sans intérêt, restant à la maison, au lit presque toute la journée, souvent irrité par le moindre bruit. Sur le plan neurologique, il présentait un syndrome cervical sévère avec contracture de la musculature cervicale et flexion de la tête vers la droite, ainsi qu'une hypoesthésie tacto-algique dans les dermatomes C8-D1 gauche. Les épreuves mnésiques étaient sévèrement déficitaires. Toutefois, l'EMG et l'IRM cervical étaient sans anomalie. Il n'y avait pas non plus de déficit moteur ou sensitif au niveau de l'hémicorps droit ni d'origine organique aux vomissements. En conclusion, on se trouvait face à un patient avec des troubles post-traumatiques sous forme d'un syndrome cervical sévère et invalidant, avec des signes d'atteinte radiculaires C8-D1 et des signes suggestifs d'une souffrance hémisphérique droite. Ces troubles chroniques s'intégraient dans un contexte dépressif.

11. Selon le rapport du 26 mai 1994 du Dr F\_\_\_\_\_ de la clinique et policlinique de neurologie de l'Hôpital cantonal, l'assuré présentait un syndrome cervical post-traumatique sévère et invalidant avec des signes d'atteinte radiculaire C8 –D1 et des signes suggestifs d'une souffrance hémisphérique droite, dans un contexte dépressif.
12. Le 9 janvier 1995, le Dr G\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, a rendu une expertise de l'assuré sur la base de deux entretiens psychiatriques en mars et octobre 1994 et deux entretiens de couple aux mêmes dates, l'étude du dossier, un rapport médical concernant le séjour de l'assuré fait à sa demande dans la clinique de neurologie de l'Hôpital cantonal et un entretien téléphonique avec le Dr C\_\_\_\_\_. Il ressort du rapport d'expertise que l'assuré avait déjà subi le 27 avril 1987 un accident de la circulation avec une commotion cérébrale, un traumatisme cervical indirect et une symptomatologie cervicale. Cet accident avait provoqué une incapacité de travailler à 100 % pendant un mois, mais n'avait pas laissé de séquelles. Par ailleurs, l'assuré avait été suivi pour des raisons de maladie à la Permanence médico-chirurgicale Vermont-Grand Pré entre le 7 mai 1986 et le 16 avril 1987 et avait été vu, dans ce cadre, par le Dr H\_\_\_\_\_, neurologue FMH, à deux reprises et une fois par la Dresse I\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, ce dont ni l'assuré ni son épouse ne se rappelaient. Selon ce dernier médecin, il aurait fait une crise deux mois après un coup dans l'hypocondre sous forme de vertiges, perte d'équilibre, tremblement de tout le corps, troubles de la sensibilité dans l'hémicorps droit et sensation de gonflement dans la main droite. Ces crises se seraient ensuite répétées. Cette psychiatre avait fait état aussi de phénomènes oniroïdes, de type hallucinose, à contenu angoissant. L'assuré aurait en outre déjà été soumis, plusieurs mois avant de consulter la Dresse I\_\_\_\_\_, à un traitement neuroleptique. Cette praticienne n'avait néanmoins pas trouvé de pathologie de type délirant ou confusionnel et évoquait des diagnostics neurologiques. Dans les rapports du Dr H\_\_\_\_\_, ni des phénomènes oniroïdes ni des hallucinoses ni l'existence d'un traumatisme somatique n'étaient mentionnés. Il y était fait état de céphalées, de parésthésies à la main droite, de douleurs latéro-cervicales et testiculaires, de myoklonies et de certains troubles végétatifs. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait constaté de très discrets éléments déficitaires moteurs et sensitifs. Un scanner cérébral effectué en octobre 1986 et un EEG fait en décembre 1986 étaient normaux. Quant au Dr G\_\_\_\_\_, il a émis les diagnostics de trouble de conversion, de trouble somatoforme douloureux, de trouble de la personnalité avec traits de dépendance histrionique, de traumatisme indirect à la colonne cervicale et de traumatisme indirect cranio-cérébral lors d'un accident de voiture en avril 1987, de traumatisme indirect de la colonne cervicale et traumatisme indirect cranio-cérébral lors d'un accident de voiture le 4 décembre 1987 et de troubles importants de la fonction dans tous les domaines avec une symptomatologie spectaculaire, tout en étant d'une manière très prédominante de nature psychogène. La situation était assez superposable à celle décrite par le Dr D\_\_\_\_\_. Il y avait par ailleurs des éléments d'inauthenticité. L'état actuel était certainement en rapport avec la personnalité de l'assuré et une propension à réagir par des troubles psychogènes/de conversion dans certaines situations. L'atteinte à la

santé n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident, mais une suite tout à fait exceptionnelle sauf pour, en partie, le syndrome algique (au maximum 25 %). Normalement, l'atteinte n'aurait pas laissé des séquelles. L'incapacité de travail était néanmoins totale vu le grand degré de régression de l'assuré.

13. Dans son courrier du 14 février 1995, l'assureur-accidents a notamment écrit ce qui suit au mandataire de l'assuré:

"La rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré, en cas d'invalidité totale; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence (Art. 20, 1 LAA). Selon le résultat de nos éclaircissements le degré de l'invalidité global a été fixé à 80%. Selon les expertises des médecins Dr. J\_\_\_\_\_ du 14.01.1994 et du Dr. F\_\_\_\_\_ du 31 mars 1993 il existe des facteurs non-accidentels graves qui influencent la capacité de travail de votre cliente (sic) et qui ne sont pas en relation causale avec l'accident.

Basant sur l'expertise du Dr. G\_\_\_\_\_, Lausanne, nous avons fixé le degré de l'invalidité dû uniquement à l'accident à 25%".

14. Par courrier du 9 mars 1995, l'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire, a réclamé une rente entière, en faisant valoir qu'il subissait une incapacité de travail entière et définitive. Quant à la question du rapport de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes à la santé et l'accident litigieux, il a soutenu que, selon l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, son état actuel n'était pas influencé par un état préexistant sur le plan somatique. Le Dr D\_\_\_\_\_ avait relevé qu'il existait un lien avec l'accident dans la mesure où, après l'accident, s'était produite l'évolution constatée. Certes, le Dr G\_\_\_\_\_, de manière évasive et confuse, tentait d'exclure le lien de causalité. Néanmoins, il avait considéré que le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ était fondamentalement convaincant et qu'il était essentiellement d'accord avec ses appréciations. Le conseil de l'assuré en a conclu que le rapport de causalité naturelle devait être admis. Quant à la causalité adéquate, pouvaient également entrer dans cette notion des séquelles exceptionnelles et inattendues eu égard au déroulement du sinistre, selon la jurisprudence. Ainsi, en ce que le Dr G\_\_\_\_\_ tentait d'exclure également la causalité adéquate, il méconnaissait fondamentalement les principes applicables en la matière.
15. Par décision du 8 novembre 1995, l'assureur-accidents a octroyé à l'assuré une rente correspondant à un taux d'invalidité de 25 %, en se fondant sur l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, selon lequel l'invalidité était au maximum de 25 % pour les séquelles consécutives à l'accident.
16. Par courrier du 29 novembre 1995, la mandataire de l'assuré a fait savoir à l'assureur-accidents que celui-ci serait prêt à accepter la proposition consistant à arrêter le taux d'invalidité à 40 %. Si cette proposition ne pouvait pas être acceptée, il y avait lieu de considérer ce courrier comme une opposition à la décision précitée.

17. Selon la note du 11 janvier 1996 de l'assureur-accidents relatif à un entretien téléphonique avec la mandataire de l'assuré, le premier s'était finalement déclaré prêt à accepter l'octroi d'une rente de 33 1/3% et qu'il fallait le cas échéant laisser élucider le degré d'invalidité résultant de l'accident par un tribunal. Parmi les arguments en faveur de l'assureur-accidents, il y avait des évènements laissant soupçonner qu'il s'agissait d'un cas manipulé, ce dont l'assureur ne manquerait pas de se prévaloir en cas de procédure judiciaire. La mandataire a concédé qu'il y avait des éléments saugrenus et qu'elle recommanderait à son mandant l'acceptation de la proposition. Selon l'avocate, le problème principal était l'attitude revendicatrice du lésé.
18. Par courrier du 24 janvier 1996, la mandataire de l'assuré a confirmé à l'assureur-accidents que celui-ci acceptait, tant par gain de paix que par lassitude, que le degré d'invalidité fût fixé à 33 1/3 %.
19. Par décision du 14 février 1996, l'assureur-accidents a accordé à l'assuré une rente correspondant au taux d'invalidité de 33 1/3 %, en se référant aux expertises des Drs G\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, selon lesquelles il s'agissait de suites anormales pour un accident de ce genre, qui n'étaient pas explicables uniquement par l'accident. Il existait aussi des facteurs importants sans rapport avec l'accident, l'assuré ayant déjà été traité pour une névrose avant cet évènement. Selon le Dr G\_\_\_\_\_, seule une invalidité de 25% au maximum était à la charge de l'assureur-accidents.
20. Le rapport relatif à une IRM cérébrale du 27 avril 2007 a conclu à l'absence de lésions focales cérébrales et à l'absence d'arguments en faveur de lésions vasculaires sur les segments visualisés.
21. En janvier 2011, l'assuré a fait l'objet, à la demande de l'assureur-accidents, d'une expertise pluridisciplinaire neurologique, neuropsychologique et psychiatrique par les Drs K\_\_\_\_\_, psychiatre, L\_\_\_\_\_, neurologue, et Mme M\_\_\_\_\_, psychologue et neuropsychologue, de la Clinique Corela. L'expert neurologue a posé les diagnostics de status post-whiplash, sans incidence sur la capacité de travail, mais en lien de causalité avec l'accident du 4 décembre 1987. Les diagnostics suivants étaient sans lien de causalité avec cet évènement : cervicalgies sur probables lésions dégénératives cervicales pluri-étagées de C5 à C7, sans conflit radiculaire, documentées depuis 1988. Les plaintes actuelles étaient des cervicalgies, céphalées, vertiges et troubles de la sensibilité du membre supérieur gauche. La persistance de douleurs cervicales plus de vingt ans après l'accident ne pouvait pas être une conséquence d'une lésion traumatique aux cervicales, mais plutôt de probables lésions dégénératives déjà signalées en 1989, à savoir une légère cervicarthrose avec des pincements pluri-étagés, de petits ostéophytes antérieurs et postéro-inférieurs sans rétrécissement des trous de conjugaison, une très légère uncarthrose C5-C6, et un trouble statique modéré. Le statu quo avait été atteint le 24 avril 1989, avant la date d'hospitalisation de l'assuré en psychiatrie. Les limitations fonctionnelles étaient la station debout prolongée, la nécessité d'alterner des positions assis-debout, la marche prolongée, les mouvements au-

dessus de la ligne des épaules et d'autres mouvements, le travail dans une position en porte-à-faux, le port de charges supérieures à 5 kg. L'expert neurologue a également retenu une hémiparésie gauche sans lien de causalité avec l'accident, et sans incidence sur la capacité de travail. L'expert psychiatre a diagnostiqué un trouble de la personnalité histrionique, sans lien de causalité au moins vraisemblable avec l'accident et sans incidence sur la capacité de travail. L'examen neuropsychologique a révélé des troubles cognitifs modérés, avec incidence sur la capacité de travail, mais sans lien de causalité avec l'accident du 4 décembre 1987. Il y avait notamment des performances déficitaires sur le plan attentionnel et sur le plan exécutif, ainsi qu'en ce qui concerne l'orientation spatiale. La mémoire de travail verbale était faible, voire déficitaire, mais la mémoire de travail visio-spaciale était dans les normes. Les capacités de raisonnements étaient également faibles, sans toutefois être déficitaires. Il n'y avait pas de signe de surcharge cognitive lors d'une preuve de dépistage. La collaboration était bonne et il n'y avait pas de discordance ou d'incohérence. En comparaison avec l'évaluation de 1994, l'examen neuropsychologique montrait une amélioration sur le plan de la mémoire à court et à long terme visuelle, ainsi que sur le plan de l'orientation temporelle. Les limitations constatées étaient incompatibles avec la conduite de véhicules à moteur. Sur le plan clinique, les médecins de la clinique Corela ont constaté une amélioration sur le plan de la collaboration, avec une diminution de l'apathie. Seule l'initiation non verbale montrait une légère péjoration sur le plan quantitatif. Les séquelles étaient partiellement compatibles avec un whiplash survenu lors de l'accident du 4 décembre 1987. Cependant, il n'était pas possible de déterminer de façon claire si ces troubles étaient directement liés à cet événement, s'ils en étaient une conséquence indirecte ou s'ils étaient majorés par la problématique psychiatrique. Les algies dont se plaignait l'assuré pourraient également expliquer une partie de ses difficultés cognitives. Sa capacité de travail dans l'ancienne activité de jardinier était de 20 à 40% avec un rendement de 50% dès le jour de l'expertise.

22. Lors de l'entretien du 16 janvier 2012, un spécialiste sinistre de l'assureur-accidents a examiné le passeport de l'assuré et lui a reproché de ne pas avoir dit la vérité aux experts de la clinique Corela au sujet de son incapacité de voyager, après avoir constaté que le passeport comportait des tampons de l'étranger. L'épouse de l'assuré a répondu que son mari pouvait uniquement voyager parce qu'elle l'accompagnait. Par ailleurs, le spécialiste sinistre a informé l'assuré et son épouse des conclusions de l'expertise Corela, et que l'assureur-accidents allait mettre fin au paiement de la rente d'invalidité. Était annexée au procès-verbal de cet entretien une note relative à une entrevue de l'assureur-accidents avec le service douanier. Celui-ci a constaté que les tampons apposés sur le passeport de l'assuré correspondaient à des entrées et des sorties de l'espace Schengen en voiture. Selon le spécialiste sinistre de l'assureur-accidents, il y avait ainsi la confirmation que l'assuré voyageait par la route sur des distances entre 2'500 et 3'000 km, alors qu'il avait indiqué dans l'expertise Corela qu'il ne se déplaçait que pour se rendre chez

son médecin traitant. Même s'il n'était pas prouvé que l'assuré conduisît sur les distances précitées, cela démontrait qu'il mentait sur sa capacité de voyager.

23. Par courrier du 29 mai 2012, l'assureur-accidents a informé l'assuré qu'il allait supprimer sa rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2012, en considérant que son degré d'invalidité en relation avec l'accident était nul, et lui a donné un délai de trente jours pour prendre position sur ce projet de décision.
24. Par courrier du 2 juillet 2012, l'assuré s'est opposé à la suppression de sa rente, par l'intermédiaire de son conseil. Il a mis en exergue que, selon la jurisprudence, les critères de reconsidération d'une décision consécutive à une transaction étaient encore plus élevées que pour les autres décisions. Ainsi, si l'administration avait passé une transaction en utilisant son pouvoir d'appréciation, la décision de rente ne pouvait être modifiée que si cette décision était erronée sans aucun doute possible. Par ailleurs, l'assurance-invalidité avait réexaminé le taux d'incapacité de gain de l'assuré et maintenu la rente entière d'invalidité. Au contraire, suite à une modification légale, la rente de l'assureur-accidents devrait aujourd'hui être portée à 100%. L'assuré a en outre reproché aux experts de la clinique Corela de ne pas être au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à Genève, sauf en ce qui concerne le neurologue, qui n'était cependant pas installé en Suisse. L'expertise avait par ailleurs été établie dans des conditions très discutables, et il n'était pas non plus certain que les experts eussent examiné personnellement le dossier médical. Enfin, l'accident litigieux devait être qualifié de gravité moyenne et non pas légère, comme l'assureur-accidents l'avait soutenu.
25. Par décision du 13 juillet 2012, l'assureur-accidents a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré dès le 1<sup>er</sup> octobre 2012, tout en retirant l'effet suspensif à une éventuelle opposition à cette décision. Il s'est prévalu d'une amélioration de l'état de santé autorisant une révision de la décision. Il ne s'agissait donc pas d'une simple reconsidération d'une première décision erronée.
26. Le 14 août 2012, l'assuré a formé opposition à cette décision, par l'intermédiaire de son conseil. En plus de ses précédents arguments, il a allégué que son état ne s'était pas amélioré. Preuve en était que l'assurance-invalidité avait maintenu sa rente. L'expertise de la clinique Corela contenait en outre beaucoup de contradictions et ne mentionnait pas les pièces importantes, ce qui témoignait du manque de rigueur et du peu de sérieux de l'expertise. Tous les éléments du dossier médical étaient interprétés en défaveur de l'assuré.
27. Par décision du 22 janvier 2014, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition de l'assuré. Outre ses précédents arguments, il a mis en exergue que l'état de l'assuré s'était amélioré sur le plan psychique, comme cela ressortait de l'expertise de la Clinique Corela. La neuropsychologue a également constaté une amélioration sur le plan de la mémoire visuelle à court et à long terme, ainsi que sur celui de l'orientation temporelle. Il y avait aussi une amélioration sur le plan de la collaboration avec une diminution de l'apathie. En tout état de cause, il était

impossible de retenir l'existence d'une relation de causalité naturelle au degré de la vraisemblance requise entre les troubles cognitifs et l'accident de 1987.

28. Par acte du 28 février 2014, l'assuré a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation. Préalablement, il a demandé l'apport des questionnaires auxquels le recourant avait été soumis dans le cadre de l'expertise de la Clinique Corela. Il a souligné que, selon la neuropsychologue de cette clinique, il ne pouvait travailler qu'entre 20 à 40%, avec un rendement de 50%, ce qui correspondait à une incapacité de travail entre 80 et 90%. Les conditions dans lesquelles il avait été soumis au questionnaire par l'expert psychiatre étaient en outre douteuses. Tous les rapports médicaux antérieurs à l'expertise déclinaient un état de stress post-traumatique, respectivement un syndrome post-traumatique ou post-commotionnel traumatique, un syndrome subjectivo-traumatique etc. Or, l'expertise Corela n'abordait pas la question d'un éventuel état de stress post-traumatique ou les séquelles d'un tel état. Il serait intéressant de savoir si chacun des signataires du rapport d'expertise avait personnellement rédigé le rapport, ou si son activité s'était limitée à examiner l'expertisé pendant 1 heure et demi et de transmettre ses constatations au rédacteur. Quant à la décision initiale, elle n'avait pas été prise à la légère, puisqu'elle était intervenue plus de sept ans après l'accident et en connaissance du dossier médical intégral. Elle respectait le principe de légalité, de sorte qu'il n'était plus admissible de revenir sur cette transaction, sauf si elle était sans aucun doute possible totalement erronée, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Par transaction, l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et une partie de l'invalidité de son assuré, à concurrence de 33 1/3%. Ni le taux d'invalidité du recourant ni les causes de son incapacité de gain ne s'étaient modifiés depuis la fixation de la rente, de sorte que celle-ci devait être maintenue.
29. Dans sa réponse du 22 mai 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de dépens. Elle a notamment relevé que le Dr G\_\_\_\_\_ n'avait retenu aucun trouble psychiatrique post-traumatique dans son expertise. Les critiques à l'égard des experts de la clinique Corela étaient en outre infondées. Sur le plan juridique, l'intimé a maintenu que la rente avait été supprimée dans le cadre d'une révision et non pas d'une reconsidération, et que l'état du recourant s'était amélioré. Il a par ailleurs nié que la transaction portait sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et le trouble admis par l'expert. Seul le degré de l'incapacité de gain avait fait l'objet de la transaction. Elle a ainsi conclu, subsidiairement, à admettre une reconsidération de la décision initiale, par substitution de motifs.
30. Par écriture du 16 juin 2014, le recourant a renoncé à se déterminer sur la réponse de l'intimé.
31. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

---

## EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'intimée est en droit de supprimer la rente du recourant par la voie de la révision ou, le cas échéant, par la voie de la reconsidération.
4. L'intimée fait principalement valoir que l'état de santé du recourant s'est amélioré et qu'il ne subit aujourd'hui plus une incapacité de travail en relation avec l'accident de décembre 1987.

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la

---

décision initiale ou, en cas de révision, la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

5. a. En l'espèce, le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré que l'atteinte à la santé psychique du recourant n'était pas dans une relation de causalité naturelle avec l'accident. Il a toutefois admis une relation de causalité naturelle avec cet évènement à raison de 25% au maximum pour le syndrome algique.

Dans la mesure où l'assureur-accidents a toutefois octroyé une rente de 33 1/3% et qu'il ne semble pas, au vu de la correspondance échangée avec la mandataire du recourant et de la motivation de la décision, que ce taux d'invalidité, supérieur à celui retenu par le Dr G\_\_\_\_\_, résulte du calcul de la perte de gain, il est à supposer que l'assureur-accidents a également pris en compte des affections psychiques à raison de 8 1/3%. Partant, il sied d'examiner si une amélioration de la santé physique et psychique du recourant, avec incidence sur la capacité de travail, peut être constatée.

b. Sur le plan somatique, le Dr N\_\_\_\_\_ a rapporté, dans son expertise de janvier 1995, que le recourant se plaignait de cervicalgies intenses, au point d'être parfois intolérables, empêchant toute activité, avec irradiations dans les épaules et parfois dans le membre supérieur gauche, un sentiment de faiblesse dans ce dernier et des paresthésies. A cela s'ajoutaient une grande fatigabilité et des troubles de la mémoire. Les plaintes ne venaient pas spontanément, mais étaient obtenues seulement avec beaucoup d'insistance. Sur le plan objectif, le Dr G\_\_\_\_\_ a noté une attitude corporelle particulière pendant la locomotion, le recourant marchant lentement avec petits pas et se laissant parfois soutenir/conduire par sa femme. Il prenait place et se levait avec hésitation et, quand il était assis, il ne bougeait plus et restait dans une attitude qui paraissait désarticulée, la tête restant continuellement penchée à gauche. Il gardait un air hébété et sa bouche restait entre-ouverte. Il y avait eu aussi quelques régurgitations (pas de vomissements). Son attitude était inhibée sur le plan moteur et mimique. Il ne parlait jamais d'une manière spontanée, même si l'expert se taisait pendant 10 minutes. Dans la discussion diagnostique, l'expert a admis l'existence d'éléments concernant la biomécanique de l'accident faisant penser à un traumatisme indirect de la colonne cervicale et à un traumatisme crânio-cérébral indirect léger, au vu de la courte perte de connaissance signalée et de l'amnésie circonstancielle. Un traumatisme cervical indirect pouvait laisser certaines séquelles de type algique qui perduraient, mais sans être invalidantes et sans atteindre l'ampleur que cela prenait chez le recourant et sans s'accompagner d'autres troubles qui étaient de toute évidence sans aucun rapport possible avec le dernier accident subi. Quant au fait que le recourant prenait d'assez importantes doses de Valium, il constituait une explication insuffisante pour sa lenteur, sa passivité et son air hébété.

Lors de l'examen en février 1993 par le Dr E\_\_\_\_\_, un spécialiste en médecine de travail, le recourant a fait état, outre les plaintes rapportées par le Dr G\_\_\_\_\_, de

vertiges occasionnant de nombreuses chutes avec de fréquentes pertes de connaissances. A l'examen clinique, le Dr E\_\_\_\_\_ a pour l'essentiel noté les mêmes attitudes corporelles que celles mentionnées par le Dr G\_\_\_\_\_, sauf que la tête était penchée du côté droit. Le status neurologique était dans les limites normales. L'examen de la colonne vertébrale ne montrait pas de déformation évidente, hormis une légère scoliose. La pression axiale et la palpation des apophyses épineuses au-dessus de la sixième vertèbre dorsale étaient extrêmement sensibles. Sa tête restait dans la même position avec un menton à 14cm du sternum et l'assuré déclarait ne pas pouvoir la tourner. Au testing, la force des deux bras était identique des deux côté, avec cependant une nette faiblesse de la pince entre le pouce et l'index et du serrement de la main du côté gauche. Le Dr E\_\_\_\_\_ ne s'est cependant pas prononcé sur le lien de causalité entre les troubles constatés et l'accident de décembre 1987 et s'est contenté de constater une incapacité de travail totale et définitive.

Dans l'expertise de la Clinique Corela, l'expert neurologue a posé le diagnostic de status post-whiplash sans répercussion sur la capacité de travail, mais avec un lien de causalité au moins vraisemblable avec l'accident. Le diagnostic de cervicalgies sur probables lésions dégénératives cervicales pluri-étagées de C5 à C7, documentées depuis 1988 et sans conflits radiculaires, est sans lien de causalité. Il en va de même du diagnostic d'hémiplégie gauche. L'expert rapporte des douleurs cervicales latéralisées à gauche, des céphalées hémicrâniennes et une irradiation vers l'épaule du même côté, des paresthésies du bord cubital de la main gauche, une faiblesse de ladite main, générant des difficultés à l'habillage et à la saisie des objets, des sensations vertigineuses brèves de quelques secondes, pluri-hebdomadaires, des vomissements et des régurgitations de fréquence également pluri-hebdomadaire. Selon l'expert neurologue, il est impossible que les vertiges et les vomissements soient d'origine cervicale. Dans les observations directes, il constate que l'apparence du recourant est soignée et le contact normal. Il y a de nombreuses manifestations douloureuses tout au long de l'entretien et de l'examen clinique, ainsi qu'un épisode de régurgitation. L'examen du rachis cervical est extrêmement difficile et la mobilisation passive impossible, en raison de douleurs au moindre contact sur l'ensemble de la colonne cervicale. La mobilisation passive de l'épaule gauche est très douloureuse dans tous les plans. L'examen neurologique du rachis cervical montre des réflexes normaux. Selon l'expert neurologue, 23 ans après l'accident, les douleurs cervicales, même dans le cadre d'une entorse cervicale doivent être attribuées à une pathologie dégénérative. Le statu quo ante était atteint déjà au maximum 18 mois après l'accident et en tout état de cause avant l'hospitalisation en psychiatrie. Il y a par ailleurs des troubles de la sensibilité du membre supérieur gauche, remontant jusqu'à l'épaule, le cou et l'hémiface gauche, y compris le front et le crâne. Cette topographie pourrait faire penser à une lésion corticale pariéto-frontale droite, mais l'IRM cérébrale effectuée en 2007 réfute une lésion focale cérébrale, en particulier expansive, et des lésions musculaires. Il n'y avait dès lors pas de cause organique plausible.

---

Au vu des constatations par les experts de la Clinique Corela, une amélioration notable au niveau physique ne peut guère être constatée. Certes le recourant n'a plus la tête penchée du côté et ne semble pas être "désarticulé", selon l'expression du Dr G\_\_\_\_\_. Néanmoins, il souffre toujours de fortes douleurs cervicales, rendant impossibles des mouvements de la tête, et de troubles de la sensibilité à gauche.

c. Sur le plan psychique, il y a une amélioration, le recourant n'étant plus totalement hébété, le contact étant normal et le couple ayant beaucoup d'amis (p. 37 expertise Corela). Néanmoins, au vu de l'examen neuro-psychologique, il appert que l'incapacité de travail du recourant est toujours presque totale, puisque sa capacité de travail dans l'ancienne activité de jardinier n'est que de 20 à 40% avec un rendement de 50%, ce qui correspond tout au plus à une capacité de travail de 20%, soit pour les 8 1/3% admis par l'intimé pour les atteintes psychiques dans le cadre de la transaction, à une amélioration de la capacité de travail en rapport avec l'accident de 1,6%. Cela ne peut être considéré comme une amélioration notable.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas de motif pour une révision de la rente.

6. Cela étant, il sied d'examiner si la suppression des prestations peut être justifiée par une reconsidération.

a. En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

b. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation

antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2; Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

c. Selon la jurisprudence (ATF 138 V 147 consid. 2 p. 148 ss), une transaction peut en principe faire l'objet d'une reconsidération tout comme une décision. Toutefois, les exigences pour une reconsidération sont plus élevées, afin de tenir compte du caractère transactionnel. Une reconsidération est dès lors admissible si la transaction était sans nul doute erronée, ce qui dépend en particulier de la question de savoir ce qui peut faire l'objet d'une transaction. Un contrat de droit public respectivement une transaction doit également respecter le principe de la légalité et ne peut prévoir une réglementation différente de la loi. Ainsi, le droit d'une autorité de conclure une transaction ne l'autorise pas à conclure une convention contraire à la loi et donc à s'écarter de l'application du droit, reconnue comme exacte, au profit d'un compromis. Une transaction n'est admissible que lorsque l'état de fait ou la situation juridique sont incertains, afin d'éliminer une insécurité du droit, pour autant que la loi autorise un règlement transactionnel. Par la transaction, les parties acceptent que le contenu de celle-ci diverge du règlement de la relation juridique qui aurait été appliquée si l'état de fait et la situation juridique avaient été amplement élucidés. Cela présuppose que l'autorité bénéficie d'un pouvoir d'appréciation et qu'il s'agit d'éliminer des éléments de droit ou de fait qui ne sont pas clairs. Le mécanisme de la pesée des intérêts est ainsi le même lors de la reconsidération d'une transaction et d'une décision, sauf que la protection de la confiance dans la stabilité juridique est plus forte lorsqu'il s'agit d'une transaction.

d. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_74/2008 du 17 juillet 2008 consid. 2).

e. En droit des assurances sociales, l'art 50 al. 1 LPGA autorise expressément les parties à régler les litiges par transaction, de sorte que les considérations susmentionnées sont applicables in casu.

6. a. En l'espèce, il ne ressort pas du dossier de l'assureur-accidents sur la base de quels critères celui-ci a finalement consenti à l'octroi d'une rente de 33 1/3 %. Il semble toutefois qu'il ait admis à ce taux la causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail du recourant, dans la mesure où la mandataire du recourant a argumenté essentiellement sur ce plan, afin d'obtenir une augmentation de la rente.

La transaction a ainsi permis d'éliminer une insécurité concernant la causalité naturelle et adéquate.

b. Lorsqu'il y a un cumul des plaintes relevant du tableau typique d'un accident du type "coup de lapin", tels que des maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, émotivité, dépression et modification du caractère, il sied en règle générale d'admettre un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail consécutive. Pour reconnaître la causalité naturelle, il suffit que l'accident soit responsable en partie pour une atteinte à la sante déterminée (ATF 117 V 359 consid. 4b p. 360).

c. Selon la jurisprudence rendue à l'époque de la transaction litigieuse en 1996, lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement, lesquels correspondent à ceux applicables aux conséquences psychiques d'un accident (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 382 ss, 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects physiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b p. 383), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques.

A l'époque de la transaction, notre Haute Cour n'avait pas encore rendu la jurisprudence, selon laquelle, lorsque les lésions appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature 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. 2).

d. La jurisprudence a posé déjà en 1989 plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe,

elle doit être admise en cas d'accident grave. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c p. 140) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions, en particulier lorsqu'elles sont propres, selon l'expérience générale, à provoquer des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent dans la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

7. a. En l'espèce, il sied de constater que l'appréciation de la causalité naturelle et de chacun des critères pour l'appréciation de la causalité adéquate de troubles psychiques ou de séquelles d'un coup de lapin relèvent du pouvoir d'appréciation de l'assureur social. A cela s'ajoute qu'à l'époque n'existait pas encore une jurisprudence de longue durée et confirmée concernant les atteintes résultant d'un whiplash, ce qui a accru l'insécurité juridique au sujet de l'appréciation de la causalité notamment adéquate (ATF 138 V 147 consid. 3.2.1 p. 151).

b. Le Dr G\_\_\_\_\_ a nié tout lien de causalité naturelle pour les troubles psychiques, mais semble l'avoir admis, à raison de 25% tout au plus, pour les atteintes somatiques. Son expertise repose également sur l'expertise neurologique du Dr F\_\_\_\_\_ qui avait mis en évidence un syndrome cervical sévère. Par ailleurs, les Institutions universitaires de psychiatrie et le Dr D\_\_\_\_\_ avaient admis que les troubles avaient une origine psychogène de façon prépondérante, à plus de 80% selon lesdites institutions, ce qui signifie qu'ils admettaient qu'un petit pourcentage des symptômes était d'origine organique. Cela étant, il ne peut être retenu qu'il était sans nul doute erroné d'admettre la causalité naturelle pour 25% des atteintes constatées, compte tenu du pouvoir d'appréciation de l'intimée et de la pratique jurisprudentielle peu consolidée à l'époque.

Il est vrai que les experts de la Clinique Corela excluent tout lien de causalité naturelle avant même la date de la décision de rente en cause. Cependant, la conclusion divergente quant à la causalité naturelle des experts de la Clinique Corela constitue une appréciation différente du même état de fait, qui ne permet pas de justifier la reconsidération d'une décision.

c. Il sied par conséquent d'examiner si un lien de causalité adéquate pouvait être reconnu à l'époque pour les atteintes somatiques.

L'accident pouvait être considéré par l'intimée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation, tout au plus comme un accident moyen. L'auteur de la collision a à cet égard indiqué avoir roulé à 50km/h. N'ayant pas vu à temps la voiture du recourant arrêtée pour les besoins de la circulation, il avait effectué un freinage d'urgence. Selon le rapport de police, il a laissé des traces de freinage de plus de 14m. Néanmoins, l'accident ne devait pas avoir été très violent, dès lors que les frais de réparation du véhicule du recourant ne se sont élevés qu'à CHF 2'540,40.

Quant aux critères jurisprudentiels pour l'appréciation de la causalité adéquate, des circonstances dramatiques et un caractère impressionnant de l'accident doivent être sans nul doute niés.

En ce qui concerne la gravité ou la nature particulière des lésions, propres, selon l'expérience générale, à provoquer des troubles psychiques, il a été admis dans l'arrêt publié aux ATF 117 V 359 que, lorsqu'il y a un cumul des plaintes relevant du tableau typique d'un accident du type "coup de lapin" et de leur répercussions importantes sur la capacité de travail, le critère de la lésion particulière était remplie (consid. 7b p. 369). Ces plaintes concernent des maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, émotivité, dépression et modification du caractère.

En l'occurrence, le Dr B\_\_\_\_\_ rapporte le 16 décembre 1987 que le recourant se plaint de maux de tête, cervicalgies très importants, gros troubles de la mémoire, vertiges et nausées qui l'ont obligé à garder le lit. Selon le rapport du 3 mars 1988 du Dr C\_\_\_\_\_, confirmé par la suite à plusieurs reprises, le recourant souffre d'un syndrome cervical post-traumatique extrêmement important, d'une névralgie cervico-brachiale gauche, de dorsalgies, d'un syndrome subjectif post-traumatique, de maux de tête et de vertiges. Les nausées ont pratiquement disparu. Dans son rapport du 23 mars 1988, le Dr B\_\_\_\_\_ mentionne des douleurs cervicales permanentes avec irradiation dans les deux épaules, des vertiges, des fourmillements et diminution de la force du bras gauche, une très grande fatigabilité, de troubles du sommeil, de la mémoire et de la concentration. Dans leur rapport du 14 juillet 1989, les médecins des Institutions universitaires de psychiatrie constatent notamment un état de stress post-traumatique chronique, un état dépressif, des nuchalgies et un syndrome cervical radiculaire. Le Dr D\_\_\_\_\_ fait état de douleurs à la tête, de nausées occasionnelles, de vertiges avec pertes de connaissances, manque de force du bras gauche, mémoire défaillante, troubles de la

vision et cauchemars. Avant son accident, le recourant aurait été un homme très fiable et aurait changé brutalement depuis l'accident. Cet expert ne veut pas s'exprimer sur le pourcentage des séquelles de l'accident dans l'actuel tableau de douleurs, estimant que cette appréciation appartient aux juristes. Les plaintes mentionnées dans le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ sont similaires. Devant le Dr G\_\_\_\_\_, le recourant se plaint de cervicalgies intenses avec irradiations dans les épaules et le bras gauches, un sentiment de faiblesse de celui-ci et des paresthésies, d'une grande fatigabilité et de troubles de la mémoire.

Ces plaintes ressortent en partie du tableau typique de celles consécutives à une lésion du type "coup de lapin". Compte tenu de cette situation, l'intimée pouvait retenir qu'il s'agissait d'une lésion particulière au sens de la jurisprudence en la matière de l'époque.

Assurément, la durée du traitement doit être considérée comme longue.

Le recourant souffrait aussi de douleurs persistantes, importantes, sans interruption, et celles-ci ont été jugées crédibles par les médecins en regard des handicaps qu'elles occasionnaient dans la vie de tous les jours.

Il n'y avait cependant pas d'erreur de traitement, de difficultés au cours de la guérison ni de complications importantes.

Enfin, il sied d'admettre que le degré de l'incapacité de travail était important et sa durée très longue.

Compte tenu de ce que l'intimée pouvait admettre, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation, que quatre sur les sept critères pour reconnaître une causalité adéquate étaient remplis, il n'appert pas que le lien de causalité adéquate aurait dû être sans aucun doute nié pour les atteintes dont le lien de causalité a été admis, au vu de la jurisprudence en 1996.

Certes, il existe dans ce dossier de nombreuses zones d'ombre, notamment sur la question de savoir si le recourant a provoqué l'accident afin de toucher des prestations d'assurance. Toutefois, cette question n'a pas été élucidée, de sorte que cette hypothèse ne peut être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante. Il y a aussi des éléments d'inauthenticité et d'exagération. Néanmoins, une simulation à proprement parler de la majorité de symptômes susceptibles d'être dans un rapport de causalité avec l'accident n'a pas pu être prouvée, d'une part, et paraîtrait étonnante, au vu des nombreux séjours hospitaliers du recourant et des expertises dont il a fait l'objet. Il n'est a priori pas vraisemblable que le recourant ait réussi à tromper un si grand nombre de médecins, parfois au cours de plusieurs semaines d'hospitalisation.

Ainsi, l'assureur-accidents pouvait admettre à l'époque, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation, que la causalité naturelle et adéquate du syndrome algique était réalisée à 25%, sur la base de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_.

d. En ce que l'assureur-accidents a admis un rapport de causalité supérieur à celui admis par l'expert G\_\_\_\_\_, il convient de relever que la différence de 8 1/3% n'est pas notable. Par ailleurs, le degré de 33 1/3% correspond au degré de l'incapacité de travail et non pas à la perte de gain en résultant, laquelle est seule pertinente pour la détermination du degré d'invalidité. En effet, les discussions des parties ont uniquement porté sur l'incapacité de travail du recourant en rapport avec l'accident. Selon toute vraisemblance, la perte de gain est supérieure au degré d'incapacité de travail, au vu des handicaps du recourant qui l'auraient de surcroît obligé de changer d'activité professionnelle. Enfin, selon l'expertise Corela, il n'est pas possible de déterminer de façon claire si les troubles dont est affecté le recourant sont directement liés à l'accident, s'ils en sont une conséquence indirecte ou s'ils ont été majorés par la problématique psychiatrique. Les experts de cette clinique ont aussi considéré que les algies dont se plaint le recourant pourraient expliquer une partie de ses difficultés cognitives.

Au vu de ce qui précède, il ne peut pas être admis que la transaction de 1996 était sans nul doute erronée.

7. Cela étant, le recours sera admis et la décision annulée.
8. Le recourant obtenant gain de cause, l'intimée sera condamnée à lui verser une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.

\*\*\*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 22 janvier 2014.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de 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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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