

# GE\_GERICHTE A/192/2012 vom 16. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_192\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_192_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/192/2012 du 16 octobre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/192/2012 del 16 ottobre 2012

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur G \_\_\_\_\_, domicilié à Bellevue, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne intimée EN FAIT 1. Monsieur G \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1953, a travaillé dès le 1<sup>er</sup> septembre 2000 en tant que technicien au service après-vente des ascenseurs pour X \_\_\_\_\_ AG. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après SUVA). Le 19 août 2009, l'assuré a déclaré un accident survenu le 25 mai précédent. Il a décrit l'événement comme suit: " Le 25.5.2009 j'ai subi un accident sur un toit d'ascenseur rue D \_\_\_\_\_ entre 08:30 et 09:30 heures, qui a continué sa course dans la dalle pendant que j'étais en manœuvre inspection pour contrôler quel contact était désactivé. Le stop n'ayant pas fonctionné le choc a été inévitable amorti par ma casquette à coque fournie par [l'employeur]. J'ai eu un traumatisme qui ne me permettait plus de penser, ni appeler au secours ayant dû perdre connaissance après un certain temps le thermique de la pompe a déclenché et la cabine est redescendue lentement [permettant mon] extraction par les portes du 3<sup>ème</sup>. Toutes les sécurités de l'ascenseur ont été testées peu après le 25.05.09 par M. H \_\_\_\_\_. Aucun défaut n'a été détecté. Ce problème était probablement dû au fait de la suppression volontaire d'une partie ou de la totalité du circuit de sécurité par [l'assuré]. Cette pratique est interdite pendant que le technicien se trouve sur la cabine". Sous la rubrique "Partie du corps concernée", il était indiqué tête, bras gauche, dos, poignet droit. Dans son rapport du 27 août 2009, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué dans l'anamnèse que l'assuré avait présenté dès mai 2009 des difficultés de concentration, céphalées, vertiges, troubles du sommeil, lombalgies, troubles sensitifs fluctuants de l'hémicorps gauche ainsi que des paresthésies des mains dans le cadre d'un conflit avec son employeur. Ces symptômes se seraient manifestés le 25 mai 2009 après un choc à la tête dont l'assuré n'avait cependant aucun souvenir. Ce dernier indiquait être déprimé et angoissé, craignant un problème cérébral lié à ce choc ou à la présence d'une tumeur. Dans ses antécédents, le neurologue a relaté notamment un accident ischémique transitoire (AIT) cérébelleux gauche et une possible maladie de Lyme, ainsi qu'un état dépressif. A l'issue de l'examen neurologique et de l'électroneuromyographe (ENMG), le Dr L \_\_\_\_\_ a retenu les signes d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral, l'ENMG ayant révélé une neuropathie d'enclavement du médian au carpe bilatérale modérée. La symptomatologie fluctuante associant céphalées, vertiges et difficultés de concentration était vraisemblablement imputable à un état anxio-dépressif réactionnel au conflit professionnel. Une IRM cérébrale était prévue en raison des inquiétudes de l'assuré. Cet examen a été réalisé le 28 août 2009 par la Dresse M \_\_\_\_\_,

spécialiste FMH en radiologie, qui a exclu un signe de contusion hémorragique. Il existait une petite lésion focale sous-corticale au niveau de la corona radiata droite qui pouvait être mise en rapport avec la maladie de Lyme. Une image polypoïde atypique au niveau du sinus maxillaire gauche était éventuellement à confronter à un scanner en fonction des antécédents cliniques.!

5. Le 1<sup>er</sup> octobre 2009, l'assuré, sous la plume de son mandataire, a déclaré à la SUVA qu'il souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique consécutif à un accident du travail du 25 mai 2009. Ce jour-là, alors qu'il se trouvait sur le toit d'un ascenseur, celui-ci avait continué sa course après la butée supérieure et il avait dû se jeter à plat ventre pour éviter d'être écrasé. Il était en incapacité de travail depuis cette date.!

6. Le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a indiqué dans son rapport du même jour que l'examen endoscopique endonasal ne montrait rien de particulier hormis une déviation septale droite. Il n'y avait pas de polype ni d'écoulement muco-purulent. L'assuré présentait probablement un kyste de Citelli en principe asymptomatique. Il conviendrait d'en suivre l'évolution six à douze mois plus tard. L'assuré pouvait réduire les douleurs en palpant les articulations temporo-mandibulaires.!

7. Dans un rapport du 30 octobre 2009, la Dresse O\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a indiqué que la prise en charge avait débuté avec le Dr P\_\_\_\_\_ au CENTRE DE THÉRAPIES BRÈVES (CTB) le 15 septembre 2009 en raison d'une symptomatologie dépressive importante. L'assuré présentait objectivement des symptômes tels que tristesse, troubles de la concentration et du sommeil, désespoir, adynamisme. Subjectivement, il se plaignait avant tout d'une grande fatigue et de troubles de la mémoire. Le diagnostic était celui d'épisode dépressif (F 32). Interrogée sur l'origine de ces troubles, elle a indiqué " Le patient relate un conflit avec son employeur". L'évolution était lentement favorable. L'assuré était en incapacité de travail jusqu'au 15 novembre 2009, à réévaluer. !

8. Dans son rapport du 20 novembre 2009, le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que l'assuré déclarait s'être cogné la tête, protégée par une casquette à coque, lors d'une intervention sur un ascenseur défectueux alors qu'il se trouvait sur le toit de la cabine. Il se plaignait de céphalées mal systématisées plutôt sous forme d'hémicrâniées droites persistantes, de tremblements, de difficultés de concentration et mnésiques et de fourmillements. Une IRM cérébrale n'avait pas révélé de contusion hémorragique. La symptomatologie était compatible avec un syndrome post-commotionnel avec des répercussions sur le psychisme sous forme de réaction anxio-dépressive ou de post traumatic stress disease ( PTSD ). Il y avait eu une première incapacité de travail du 3 au 12 juin, puis à nouveau dès le 30 juin 2009. La reprise de l'activité professionnelle n'était pas envisageable. Une situation conflictuelle avec l'employeur pouvait avoir une influence sur l'évolution des troubles psychiques. Une demande de rente avait été déposée auprès de l'assurance-invalidité. !

9. L'assuré, assisté de son mandataire, a eu un entretien avec la SUVA le 25 février 2010. Il a exposé les tenants et aboutissants de son activité. Il a indiqué que l'ascenseur ne s'était pas arrêté en raison d'un montage défectueux par une entreprise appartenant à son employeur. Les problèmes de sécurité étaient récurrents au sein de l'entreprise qui l'employait. Il y avait d'ailleurs eu deux accidents dont un mortel le 9 septembre 2008. Il a indiqué que le 25 mai 2009, il s'était rendu dans l'immeuble abritant l'ascenseur sans que son employeur ne l'informe du danger que celui-ci avait fait encourir à une personne les jours précédents. Cela ne correspondait pas aux normes de sécurité et aucun panneau de signalisation de panne n'avait été mis en place. Lors des contrôles, tout fonctionnait correctement jusqu'au dernier contrôle visuel effectué au dernier étage. L'arrêt

de la commande manuelle et le stop d'urgence n'avaient alors plus fonctionné. Il était environ 8h50. L'assuré était accroupi au moment où son casque avait heurté le plafond. Il se souvenait d'une grande frayeur et croyait être mort. Il était incapable de se souvenir du reste et ne savait pas combien de temps il était resté conscient ou inconscient. Son casque avait subi un choc mais il ne se souvenait pas si sa tête avait heurté quelque chose. Ses souvenirs avaient refait surface au moment où la cabine descendait seule sans moteur. A ce moment, il avait eu un espoir de vie. Il avait dû attendre plusieurs minutes avant d'accéder à la porte pour s'extraire de la cabine. Il n'avait aucune égratignure et ne saignait pas. Ses jambes ne le portaient plus et il s'était assis. Un ancien collègue avec qui il avait rendez-vous l'avait fait asseoir dans la voiture vers 9h30. Il avait alors rencontré le responsable technique de l'école où se situait l'ascenseur, qui l'avait informé de la survenance d'un accident dans les jours qui précédaient. Il avait ensuite eu trois heures de blanc. Il avait développé des maux de tête dans les heures suivantes, sans vomir. Il ne savait pas s'il avait perdu connaissance. Il avait alors téléphoné à son employeur, que le responsable de l'école avait déjà informé de l'accident. L'assuré avait alors décidé de poursuivre tant bien que mal son activité professionnelle tout en cherchant à obtenir un rendez-vous chez plusieurs médecins, mais aucun n'avait accepté de le recevoir sans déclaration d'accident. Depuis le 25 mai 2009, il ne parlait plus à la maison et perdait le contact avec sa famille. Il avait demandé de l'aide à son employeur, qui lui avait dit d'aller voir un psychiatre et qui n'avait envoyé aucun technicien sur place avant 10 jours. Les jours suivants, l'assuré s'était rendu sur place pour essayer de comprendre les raisons du dysfonctionnement. Il avait rencontré le Dr P\_\_\_\_\_ le 8 juin 2009 à la suite de maux de tête et d'une paralysie faciale et latérale gauche. Quelques jours plus tard, il était resté paralysé dans son lit durant le week-end. Un médecin urgentiste lui avait administré une piqûre qui lui avait permis de récupérer l'usage de ses jambes. Il avait depuis rencontré plusieurs médecins. Il n'arrivait plus à se concentrer, avait des pertes de mémoire importantes et une mauvaise coordination au niveau des mouvements. Il tremblait au niveau des mains, souffrait de maux de tête bien que ceux-ci aient diminué en fréquence, ne survenant plus que tous les 10 jours pendant 48 heures. Son incapacité de travail avait été totale du 8 au 22 juin 2009, le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ comportant une erreur dans les dates. Il avait à nouveau interrompu son activité professionnelle le 29 juin 2009 car il n'en pouvait plus. Ce jour, il avait à nouveau dû intervenir sur un ascenseur dans lequel un collègue avait eu un accident la veille, ce que son employeur lui avait dissimulé. 10. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> avril 2010, le Dr L\_\_\_\_\_ a rappelé l'anamnèse de son rapport du 27 août 2009 et les constatations ressortant de l'ENMG et de l'IRM cérébrale. Le diagnostic était celui d'état anxio-dépressif vraisemblablement décompensé dans un contexte de conflit professionnel et de possible traumatisme cranio-cérébral survenu le 25 mai 2009, avec toutefois une anamnèse incertaine en raison de l'absence de souvenirs de l'assuré. Le médecin traitant de ce dernier avait mis en place un suivi psychiatrique et il convenait de se référer à ce praticien pour l'incapacité de travail. S'agissant de facteurs étrangers à l'accident, le Dr L\_\_\_\_\_ a souligné que le problème médical était un état dépressif dont l'origine était à discuter avec les spécialistes afin de déterminer s'il y avait un rapport avec l'accident du 25 mai 2009 ou s'il s'agissait d'un état dépressif chronique aggravé par un conflit professionnel avec l'employeur. 11. Dans son rapport du 18 février 2010, le Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a relaté l'anamnèse de l'assuré en évoquant la maladie de Lyme en 2004 et l'événement du 25 mai 2009 et reprenant l'historique des difficultés de l'assuré avec son employeur. Celui-ci indiquait notamment avoir été menacé de licenciement par son

employeur lorsqu'il avait demandé une attestation d'accident après cet événement. L'assuré avait également été vu par un oto-rhino-laryngologue qui avait mis en évidence une tumeur bénigne semblant siéger au niveau du maxillaire gauche. Une IRM cérébrale et une IRM du rachis n'avaient pas mis en évidence de problème particulier. L'évolution s'était caractérisée par une régression partielle des céphalées qui devenaient moins fréquentes mais conservaient la même intensité. Il n'y avait pas de nausées mais une sonophobie tout à fait marquée. Les céphalées empêchaient l'assuré de se concentrer. Les troubles décrits à l'hémiface gauche avaient régressé et l'assuré n'avait jamais été conscient des troubles sensitifs des membres supérieur et inférieur gauches. C'est dans ce cadre que des difficultés psychiques étaient apparues. Elles avaient motivé un séjour de six semaines au CTB avec instauration d'un traitement médicamenteux, qui s'était révélé bénéfique pour le sommeil mais sans effet sur les céphalées. L'assuré se plaignait actuellement d'une impression de manque de coordination de la main droite et d'un sentiment de limitation de la vision vers le haut. Il évoquait des problèmes de concentration, un manque occasionnel du mot, des difficultés à apprendre de nouvelles choses. Il avait l'impression que son dos était faible. Le Dr Q \_\_\_\_\_ n'avait constaté aucun manque du mot durant la longue anamnèse. Les renseignements étaient précis, sauf ceux liés à l'événement du 25 mai 2009 dont l'assuré ne se souvenait pas. A l'issue d'un examen neurologique complet, ce spécialiste a conclu qu'il se caractérisait essentiellement par des troubles sensitifs subjectifs intéressant l'hémicrâne, l'hémiface et la partie gauche du cou. Il s'était posé la question d'une éventuelle déviation vers la gauche de la langue. Au plan cérébelleux, il existait une asymétrie en défaveur de la gauche mais celle-ci semblait modeste chez un droitier et il n'y avait pas de traduction nette au test de Stewart Holmes. L'assuré n'avait pas à l'anamnèse de plainte sensitive alors qu'on trouvait à l'examen clinique de telles modifications, auxquelles s'ajoutaient des plaintes cognitives dans un contexte de difficultés psychiques. L'ensemble de ces symptômes semblait s'être développé dans un contexte de traumatisme et de revendication par rapport à l'ex-employeur. Compte tenu de la complexité de cette situation, il paraissait nécessaire de prévoir une hospitalisation en neurologie pour un bilan. ![/endif]>[/if> 12. Le 14 avril 2010, l'assuré a subi une IRM cérébrale réalisée par les Drs R \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_ des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES GENEVOIS (HUG). Celle-ci s'est avérée normale hormis une sinusite maxillaire gauche. ![/endif]>[/if> 13. La Professeure T \_\_\_\_\_ du Service de neurologie des HUG a procédé à un examen des potentiels évoqués somesthésiques (PES) le 15 avril 2010. Elle a conclu que les PES des membres supérieurs suggéraient une atteinte périphérique bilatérale, comme les PES des membres inférieurs. On ne pouvait exclure d'autres atteintes plus centrales. ![/endif]>[/if> 14. L'ENMG réalisé le 16 avril 2010 par le Professeur U \_\_\_\_\_ des HUG s'est révélé normal, sans anomalie de la conduction cortico-spinale à destinée du membre supérieur droit. Il y avait un discret ralentissement de vitesse de conduction du nerf médian dans la traversée du carpe et de petites anomalies de conduction sensitive du nerf cubital droit. ![/endif]>[/if> 15. Le 19 avril 2010, les Dresses V \_\_\_\_\_ et W \_\_\_\_\_ ont procédé à une électroencéphalographie (EEG) dont le tracé était sans particularité mais moins bien organisé par rapport au tracé de 2004. ![/endif]>[/if> 16. L'assuré a également subi un scanner thoracique le 20 B \_\_\_\_\_ avril 2010. Dans leur rapport du lendemain, les Drs A \_\_\_\_\_ et ont exclu une lésion focale suspecte mais noté la présence de quelques ganglions infra-centimétriques médiastinaux et hilaires des deux côtés. ![/endif]>[/if> 17. Un examen neuropsychologique a été réalisé le 30 avril 2010 par Mesdames I \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_, neuropsychologues. Elles ont conclu que par rapport à l'examen de

septembre 2009 effectué au cours de la prise en charge par le CTB à la suite d'un épisode dépressif sévère, cet examen montrait la persistance d'un discours logorrhéique, digressif et centré principalement sur les conflits avec l'employeur, de quelques signes de familiarité dans le contact, d'un léger ralentissement idéique, de signes de la lignée anxio-dépressive objectivés dans un auto-questionnaire et observés cliniquement, de symptômes d'état de stress post-traumatique non relevés précédemment, de quelques difficultés de calcul oral et d'un dysfonctionnement exécutif d'intensité globalement légère, caractérisé principalement par des difficultés de flexibilité mentale. En outre, des difficultés d'apprentissage en mémoire épisodique verbale étaient apparues alors que la reconnaissance et l'évocation différée restaient préservées. Les capacités attentionnelles et le calcul écrit s'étaient améliorés et le manque du mot s'était amendé. L'écriture, les praxies, les gnosies et la mémoire épisodique visuelle demeuraient préservées. ![endif]>![if> 18. Dans la lettre de sortie du 30 avril 2010 établie par les Dresses C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ du Service de neurologie des HUG, où l'assuré a séjourné du 13 au 21 avril 2010, celles-ci ont posé le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique à la suite d'un accident de travail en mai 2009. L'assuré présentait les comorbidités inactives suivantes: lombosciatalgies droites non déficitaires; sinusite chronique et trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques en septembre 2009 ayant entraîné une hospitalisation au CTB du 15 septembre au 4 novembre 2009. L'assuré se plaignait de céphalées hémicrâniennes gauches avec des douleurs continues ou intermittentes, d'une hypo/dyesthésie de l'hémiface gauche, de troubles importants de l'attention et de la mémoire, de difficultés à coordonner ses mouvements avec une importante maladresse très invalidante au quotidien et d'une thymie fluctuante, avec par moments des accès de colère et une perte de maîtrise de ses réactions. L'examen neurologique révélait un hémisynonyme sensitif gauche mal systématisé, une discordance à l'examen moteur et proprioceptif, des troubles cognitifs essentiellement de type attentionnel avec un discret ralentissement psychique et de discrets troubles mnésiques et une discrète parésie faciale gauche d'allure centrale. Les médecins ont repris les conclusions du bilan neuropsychologique réalisé. Elles ont conclu que le bilan effectué n'avait pas mis en évidence d'anomalies qui pourraient constituer des explications organiques à la symptomatologie. L'IRM cérébrale était normale hormis un comblement du sinus maxillaire gauche asymptomatique. L'ENGM était dans les limites de la norme, avec cependant un discret ralentissement de la vitesse de conduction du nerf médian et de petites anomalies de conduction sensitive du nerf cubital droit, qui étaient cependant asymptomatiques et n'expliquaient pas la symptomatologie. Le scanner thoracique était normal. L'assuré semblait très perturbé par l'accident du travail et ressentait souvent le besoin d'en parler. Il se sentait incompris de son entourage, se disait irritable et présentait des troubles du sommeil avec des troubles de la concentration. Les symptômes présentés semblaient clairement traduire un choc émotionnel vécu lors de l'accident et l'hypothèse retenue à ce stade était celle de syndrome de stress post-traumatique, pour lequel un traitement par Lyrica® était introduit. ![endif]>![if> 19. Dans son rapport reçu par la SUVA le 12 mai 2010, la Dresse D\_\_\_\_\_ a rappelé les plaintes de l'assuré énumérées dans la lettre de sortie du 30 avril 2010 et le résultat de l'examen neurologique. Le diagnostic était celui de syndrome de stress post-traumatique à la suite d'un accident du travail en mai 2009. L'incapacité de travail était totale jusqu'au 10 mai 2010, date à laquelle elle devrait être réévaluée. ![endif]>![if> 20. Dans son rapport du 20 mai 2010, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a noté que la présentation de l'assuré était très complexe et qu'il était difficile de se retrouver dans des plaintes multiples et abondantes

mélangeant des symptômes somatiques et psychiques. Au plan psychiatrique, les plaintes étaient centrées autour d'une profonde perte de confiance en soi de même que différents symptômes du spectre de stress post-traumatique à la suite de l'accident du 25 mai 2009. Dans un questionnaire sur l'état de stress post-traumatique, l'assuré avait répondu "souvent" et "très souvent" à tous les symptômes typiques de ce trouble en lien avec l'accident en question: il était ainsi perturbé par des cauchemars répétés en relation avec cet événement, des sursauts, un bouleversement lors de rappels de l'accident avec une hyperactivité du système sympathique, un évitement des souvenirs et des situations, une amnésie partielle de l'accident, un sentiment d'être émotionnellement coupé des autres, une irritabilité, des difficultés à se concentrer, un état de supervigilance constant et une perte d'intérêt pour des activités auparavant agréables. A cela s'ajoutaient des symptômes de la lignée anxio-dépressive: perte d'énergie, humeur dépressive avec tendance à pleurer, dévalorisation, perte d'espoir, perte d'intérêt, peur de sortir de chez lui, irritabilité et explosions de colère. Les symptômes énumérés étaient en partie liés à une crainte que son cerveau soit atteint par une maladie ou une lésion focale révélée par une IRM. Le Dr E\_\_\_\_\_ a tracé l'anamnèse socio-familiale et personnelle de l'assuré, avec un épisode dépressif en 2004 en lien avec son trouble neurologique de l'époque. Depuis le début du traitement par ses soins le 9 décembre 2009, le tableau clinique présenté évoluait favorablement mais très lentement. L'assuré avait pu en partie surmonter ses problèmes de confiance en lui et commencer à envisager un retour au travail dans un autre domaine que celui dans lequel il était formé. La conviction que son ex-employeur avait des agissements criminels envers ses employés avait perdu son importance sans pour autant disparaître. La reprise d'activité était également entravée par les symptômes du spectre de stress post-traumatique. Les préoccupations somatiques étaient tellement fixées qu'une investigation neurologique supplémentaire avait paru indispensable avant qu'on puisse s'attendre à une évolution au plan psychique. Le Dr E\_\_\_\_\_ n'avait revu l'assuré qu'une fois depuis sa sortie de l'hôpital. Il était encore trop tôt pour se prononcer sur l'évolution mais ce dernier lui avait paru rassuré sans pour autant que ses plaintes ne disparaissent. Les plaintes anxieuses étaient désormais au premier plan. L'assuré parlait spontanément et abondamment avec un discours cohérent mais très circonstancié et centré sur les plaintes. Il présentait une certaine restriction d'affects essentiellement dans le registre anxieux. Les affects dépressifs étaient au deuxième plan. Il était très difficile de caractériser ses idées concernant son ex-employeur, considérées comme délirantes lors de son séjour au CTB. On percevait derrière son discours un sentiment d'insécurité existentielle, voire un désespoir sans idées suicidaires. Les diagnostics étaient ceux d'état de stress post-traumatique (F 43.1); trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen (F 33.1); trouble somatoforme indifférencié possible (F 54.1) et traits de personnalité anxieuse (F 60.6). Le diagnostic en fonction des classifications officielles était délicat tant les symptômes étaient entremêlés mais le Dr E\_\_\_\_\_ était d'avis qu'il était essentiellement dans le domaine anxio-dépressif. L'assuré considérait l'accident comme un événement traumatique dont les autres étaient responsables. Sa fixation sur cet événement était telle qu'un retour dans la même profession paraissait peu probable. L'assuré était d'avis que ses troubles psychiques étaient liés à son accident. Il était impossible à ce stade de se prononcer sur l'importance de la structure de la personnalité mais elle avait un impact sur les troubles actuels et les difficultés conjugales de l'assuré constituaient un facteur étranger dont l'importance était difficile à mesurer. Le Dr E\_\_\_\_\_ a souligné qu'il était très difficile d'expliquer la survenance des troubles et qu'une expertise paraissait nécessaire pour

répondre à cette question. Il était trop tôt pour se prononcer sur les résultats escomptés d'un traitement psychiatrique. L'assuré était pour l'heure totalement incapable d'exercer la profession d'installateur d'ascenseurs. Il était cependant capable d'exercer des activités sans danger en cas d'inattention. Il était difficile de déterminer les horaires et rendements mais ceux-ci pouvaient être entiers à terme. Un amendement partiel éventuel des troubles psychiques pouvait être espéré en quelques mois. Un pronostic était cependant impossible à établir. La complexité des troubles et des facteurs sociaux n'était pas un présage favorable mais ne permettait toutefois pas d'exclure une réadaptation complète dans une autre activité. Les symptômes d'évitement associés à une attente d'aide de l'assurance étaient des facteurs de résistance au traitement psychiatrique.!

21. Le 15 juin 2010, l'assuré a eu un entretien avec un collaborateur de la ZURICH ASSURANCES, assureur d'indemnités journalières en cas de maladie. Il a exposé les circonstances de l'événement du 25 mai 2009. Le collaborateur de la ZURICH ASSURANCES a souligné que l'assuré ne paraissait pas du tout apte à retrouver une capacité de travail. Il en voulait au monde entier, était très confus dans ses explications et se contredisait. Il disait avoir été victime d'une tentative de meurtre, à l'instar d'un de ses collègues décédés alors que tout le monde avait fait passer l'événement pour un accident.!

22. Le 23 juin 2010, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Dans son rapport du 29 juin 2010, il a résumé le dossier. L'assuré, qui lui a décrit l'événement du 25 mai 2009. Il restait focalisé sur cet événement et ses conséquences. Il avait la conviction que son entreprise avait des agissements criminels et avait amené une liste des accidents d'ascenseur durant les cinq dernières années en affirmant que celle-ci avait été "maquillée". Il se plaignait de douleurs, de céphalées hémicrâniennes plutôt gauches ainsi que de troubles de la coordination à l'origine d'une maladresse l'empêchant de faire le moindre bricolage. Il contestait les résultats des investigations médicales et ne croyait par exemple pas les médecins lorsque ceux-ci ne trouvaient rien sur les radiographies. L'assuré se trouvait également en conflit aigu avec son employeur depuis 2006 et l'avait dénoncé pour mobbing à l'inspection du travail, qui n'avait rien fait. L'assuré se montrait méfiant, revendicateur et très critique vis-à-vis des soins reçus. Il estimait ne pas avoir été soigné de manière correcte. Il était convaincu que son cerveau avait été touché lors du choc alors que beaucoup de personnes, dont les assureurs et les médecins, cherchaient à le faire passer pour fou. Le Dr F\_\_\_\_\_ a établi une brève anamnèse personnelle. Relatant les plaintes de l'assuré, il s'est déclaré frappé par la tendance de celui-ci à partir dans un monologue avec des plaintes multiples concernant différents systèmes. Du point de vue psychiatrique, l'assuré se sentait tendu, souvent irritable, avec parfois des crises de colère. Il disait avoir des cauchemars de l'accident. Il avait des problèmes de désir et de libido qui avaient des répercussions sur son couple. Son moral et ses douleurs s'étaient bien améliorés depuis la prise de Lyrica®. Lors du status, le psychiatre a constaté un discours largement logorrhéique, revenant sans cesse sur son accident et ceux survenus dans le domaine des ascenseurs. On ne trouvait pas de trouble du cours ou du contenu de la pensée. L'assuré ne présentait pas de symptomatologie dépressive sur le plan objectif. L'anxiété se manifestait par une tension physique et psychique importante. La liste des symptômes de stress post-traumatique était quasiment complète. Au plan de la personnalité, on relevait une méfiance avec interprétativité et des dépenses projectives. Le Dr F\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F 43.1), de trouble de la personnalité sans précision (F 60.5) et de troubles hypocondriaques (F 45.2). Dans son appréciation, il a noté que ce qu'il avait principalement constaté chez l'assuré - sous les réserves d'une évaluation

unique - était un trouble du fonctionnement de la personnalité avec un caractère soupçonneux, une interprétativité déformant les événements vécus et un sens tenace et combatif de ses propres droits. Il avait également des doutes sur l'ensemble des personnes impliquées dans son accident, son employeur comme les médecins et évoquait par moments même une forme de conspiration. Cette problématique de personnalité était selon l'anamnèse présente largement avant l'accident, si l'on tenait par exemple compte du conflit qui l'opposait à son employeur depuis 2006. Ce contexte de conflit chronique avait pu renforcer certains traits de caractère. Globalement, l'assuré se posait comme victime revendicatrice. ![/endif]>![if> 23. Dans son appréciation du 18 octobre 2010, le Dr AA\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a résumé le dossier médical de l'assuré. Il a précisé que sur le plan somatique, l'accident n'avait entraîné aucune lésion structurelle objectivable si l'on se fondait sur le résultat de l'IRM et sur les diverses évaluations neurologiques et neuropsychologiques qui retenaient avant tout une problématique d'ordre psychiatrique. ![/endif]>![if> 24. Par décision du 25 octobre 2010, la SUVA a indiqué au mandataire de l'assuré que son service médical était d'avis qu'il n'existait pas de lien de causalité probable entre l'accident du 25 mai 2009 et les troubles annoncés. En conséquence, le droit à des prestations d'assurance était nié. ![/endif]>![if> 25. L'assuré s'est opposé à la décision de la SUVA par courrier du 23 novembre 2010. Il a rappelé que conformément au rapport du Dr E\_\_\_\_\_, il souffrait d'un état de stress post-traumatique et d'un trouble dépressif récurrent déclenchés par l'événement du 25 mai 2009, lors duquel il avait été confronté à une expérience de mort imminente. Il était d'ailleurs établi qu'il ne pouvait plus exercer sa profession antérieure, ce qui démontrait le choc à l'origine de son incapacité de travail. Il n'était pas acceptable de dire qu'il pouvait exercer une autre profession sans réadaptation professionnelle, mesure que la SUVA devait mettre en œuvre en collaboration avec l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITÉ (OAI). En l'état, la SUVA devait poursuivre le versement d'indemnités journalières. ![/endif]>![if> 26. Le 30 décembre 2010, la ZURICH ASSURANCES a indiqué à l'assuré que selon un rapport du 22 décembre 2010 du Dr E\_\_\_\_\_, la capacité de travail dans une activité adaptée était d'au moins 80 %. Cela impliquait un changement de profession. Un délai de trois mois lui était accordé pour effectuer les démarches nécessaires. Partant, l'assuré percevait des indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2010. ![/endif]>![if> 27. Dans un courrier au mandataire de l'assuré du 24 mai 2011, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué à celui-ci que durant la deuxième partie de l'année précédente, l'assuré considérait être apte à un travail sans lien avec des appareils électriques et des machines dangereuses. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait certains doutes quant à cette appréciation mais l'avait suivie en indiquant notamment dans ses rapports à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie que la capacité de travail était complète dans une profession autre que celle d'électromécanicien. Au fur et à mesure, il s'était avéré que cette évaluation de la capacité de travail ne correspondait pas à la réalité mais avait pour fonction de maintenir l'estime de soi de l'assuré. Ses symptômes l'empêchaient d'effectuer réellement des recherches de travail et il ne se sentait pas capable en raison de sa maladresse de postuler auprès d'un employeur. Le Dr E\_\_\_\_\_ a signalé qu'il avait conclu à une incapacité entière dans tout emploi dans son rapport du 23 février 2011. ![/endif]>![if> 28. Par courrier du 31 mai 2011 au mandataire de l'assuré, la Dresse AB\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué qu'elle ne suivait l'assuré que depuis février 2011. Elle pouvait cependant affirmer que ce dernier était incapable de travailler. Il était de toute évidence en état de stress post-traumatique à la suite de son accident de 2009 et présentait des troubles dissociatifs de

conversion en lien avec ce traumatisme. L'évolution était actuellement favorable. L'assuré répondait au traitement mais le processus était long. 29. Par courrier du 17 novembre 2011, la SUVA a adressé au mandataire de l'assuré les rapports établis à la suite de l'événement du 25 mai 2009, parmi lesquels: - différentes circulaires de l'employeur sur les règles de sécurité dans les ascenseurs, contresignées par l'assuré, attestant notamment de la remise en décembre 2008 de documentation de sécurité spécifique à cette société notamment sur l'évaluation des dangers dans l'entretien, la réparation et le dépannage des ascenseurs; - courrier du 18 août 2009 de la SUVA à l'assuré, dans lequel elle s'étonnait de l'annonce de l'accident du 25 mai 2009 par l'assuré lors d'un entretien téléphonique de la veille. En effet, ce dernier avait été convoqué par la SUVA peu après le problème rencontré dans l'ascenseur sis rue D\_\_\_\_\_ et avait déclaré lors de cet entretien avoir "ponté la ligne de sécurité" pour faire des tests et s'était retrouvé temporairement prisonnier entre le haut de la gaine et le toit de la cabine. Les règles élémentaires de sécurité lui avaient alors été rappelées. Pendant cet entretien, l'assuré n'avait pas évoqué d'accident ou de choc le 25 mai 2009; - compte-rendu d'entretien du 29 septembre 2011 entre l'employeur de l'assuré et un collaborateur de la SUVA, dans lequel celui-ci a indiqué que l'ensemble des collaborateurs connaissait l'existence d'un espace de survie au sommet des ascenseurs et a exposé que l'enquête interne sur le lieu de l'accident n'avait pas permis de déterminer les causes exactes du sinistre, mais que l'enchaînement des situations décrit par l'assuré paraissait improbable. L'employeur a signalé qu'en vingt ans d'expérience dans le domaine, il n'avait jamais été confronté ni avait entendu parler d'une telle situation. Le fait que la cabine soit redescendue toute seule et que l'assuré ait pu s'extraire seul de la gaine était techniquement incompréhensible; - procès-verbal d'entretien du 19 octobre 2011 entre l'assuré, son mandataire et un collaborateur de la SUVA, lors duquel l'assuré est revenu sur les circonstances de l'événement du 25 mai 2009 et sur sa formation professionnelle, en précisant que le cours de sécurité interne suivi ne portait pas sur la sécurité dans l'ascenseur. L'assuré a également décrit les symptômes ressentis et souligné que s'il connaissait l'existence d'un espace de survie au sommet des cages de certains ascenseurs, un tel espace n'existait pas dans l'ensemble du parc. L'ascenseur dans lequel il avait vécu l'événement en cause en était bien pourvu mais il n'avait pas fonctionné correctement. L'assuré ne se souvenait plus exactement de ce qui s'était passé mais il s'était retrouvé allongé sur le dos à 60-70 cm du plafond. Il n'avait pas eu le temps d'avoir peur durant l'événement mais c'est après avoir repris conscience que ses jambes ne l'avaient plus soutenu. 30. L'assuré s'est déterminé sur ces documents en soulignant qu'il n'avait jamais reçu de formation spécifique relative à la sécurité par son employeur. Ses symptômes étaient caractéristiques d'un stress post-traumatique sévère et les circonstances de l'événement du 25 mai 2009 mettaient en évidence une expérience de mort imminente. Les symptômes présentés depuis étaient dès lors en relation de causalité naturelle et adéquate avec ce traumatisme. 31. Par décision du 23 décembre 2011, la SUVA a écarté l'opposition. Elle a affirmé que l'assuré n'avait jamais souffert de troubles organiques en relation avec l'événement du 25 mai 2009 ou avait tout au plus présenté des lésions physiques sans importance en arrière plan par rapport au stress psychique. Elle a rappelé que selon la jurisprudence, un traumatisme psychique constitue un accident lorsqu'il est le résultat d'un événement d'une grande violence survenu en présence immédiate de l'assuré et que l'événement est de nature à faire naître une terreur subite, et a cité plusieurs exemples issus de la jurisprudence dans lesquels le caractère accidentel d'un traumatisme psychique

avait été nié. En l'espèce, l'assuré avait exercé la profession d'ascensoriste durant vingt ans environ pour diverses entreprises. Il était spécialiste de la maintenance et du dépannage et avait suivi plusieurs cours de dépannage et de fonctionnement des nouveaux modèles. L'employeur de l'assuré avait indiqué que tous ses collaborateurs connaissaient l'existence d'un espace de survie situé au sommet des cages d'ascenseurs, présent sur l'ensemble du parc d'ascenseurs entretenus par ses soins. Ainsi, l'événement du 25 mai 2009 ne revêtait pas de caractère dramatique pour un monteur en ascenseurs expérimenté connaissant la présence d'un tel équipement au sommet de l'ascenseur. Ce n'est en outre qu'en août 2009, soit près de trois mois après l'événement, que l'assuré avait allégué être victime d'un accident. L'enquête sur place n'avait pas permis de déterminer les causes du dysfonctionnement relaté par l'assuré. De plus, l'employeur avait souligné que l'enchaînement des événements paraissait improbable. Au vu de ces éléments, l'existence d'un accident devait être niée. <sup>32</sup> L'assuré a interjeté recours contre cette décision par écriture du 24 janvier 2012. Il conclut, sous suite de dépens, à son annulation, à la constatation que l'incapacité de travail totale est dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement du 25 mai 2009, au renvoi de la cause à la SUVA pour détermination des prestations à servir et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique à confier à un expert en psycho-traumatologie. Il indique notamment ne jamais avoir bénéficié de véritable cours de formation, hormis un cours sur les normes de sécurité internes d'une société sans véritable rapport avec les ascenseurs, et ne pas avoir suivi d'enseignement dans le domaine de la sécurité au travail. Il affirme avoir annoncé l'accident à son employeur immédiatement après sa survenance mais que ce dernier ne l'a déclaré à la SUVA que le 28 août 2009. Il allègue que le lien de causalité adéquate entre un événement et une atteinte à la santé doit être admis lorsque le fait est propre, selon l'expérience de la vie et le cours ordinaire des choses, à entraîner un effet du genre qui s'est produit. La causalité adéquate doit également tenir compte des effets probables d'un accident sur des assurés appartenant à une catégorie à risques élevés, soit les personnes peu aptes à assumer un choc traumatique. Si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat, la causalité adéquate doit être admise. Il rappelle les critères jurisprudentiels permettant de retenir un lien de causalité adéquate entre des troubles psychiques et un accident. L'assuré a vécu une tragique expérience de mort imminente et s'est vu écrasé entre la cabine de l'ascenseur et le plafond de l'immeuble, dans un enchaînement d'événements qui de notoriété publique s'est déjà produit à plusieurs reprises et a été à l'origine de décès de nombreux professionnels de ce secteur. Le décès quelques mois auparavant d'un collègue de l'assuré rendait l'impossibilité de bloquer l'ascenseur encore plus effrayante. Il subsiste certes une incertitude sur le point de savoir si l'assuré a frappé sa tête contre le plafond, mais cet événement est probable car il expliquerait l'amnésie et le fait que l'assuré se soit retrouvé étendu alors qu'il était auparavant accroupi. Tous ces éléments accréditent la thèse d'une confrontation à une expérience de mort au degré de la vraisemblance prépondérante. Par ailleurs, l'assuré n'avait jamais connu de problème de santé avant l'accident de sorte qu'on ne peut retenir une prédisposition constitutionnelle. Enfin, l'affirmation de la SUVA, selon laquelle l'assuré aurait suivi plusieurs cours techniques de dépannage, est contraire à la réalité et n'exclut pas un événement traumatique. <sup>33</sup> Dans sa réponse du 21 mars 2012, la SUVA conclut au rejet du recours. Elle rappelle que seuls des événements extraordinaires propres à susciter l'effroi et entraînant des chocs psychiques eux-mêmes extraordinaires remplissent la condition du caractère extraordinaire de l'atteinte et sont

constitutifs d'un accident. En l'espèce, l'assuré travaillait dans le domaine des ascenseurs depuis près de vingt ans et selon les indications de son employeur, connaissait l'existence d'un espace de survie. L'assuré ne conteste d'ailleurs pas l'existence d'un tel espace. De plus, il avait indiqué le 25 février 2010 qu'il avait ressenti une grande frayeur lorsque le stop d'urgence n'avait pas fonctionné mais lors de son audition du 19 octobre 2011, il affirmait ne pas avoir eu le temps d'avoir peur car il n'avait pas réalisé le risque qu'il courait. Ainsi, les événements du 25 mai 2009 n'ont pas revêtu une grande violence et n'étaient pas propres à faire naître une terreur subite chez le recourant. Il n'est de surcroît pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré a subi un traumatisme par accélération de la colonne cervicale justifiant l'application de la jurisprudence développée pour ce type d'atteintes. 34. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture à l'assuré le 3 avril 2012 en l'informant de son droit de consulter le dossier. 35. 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 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle durable, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations pour accident, plus particulièrement sur le point de savoir si les troubles présentés par l'assuré sont en lien de causalité adéquate avec l'événement du 25 mai 2009. 5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA dispose qu'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. De jurisprudence constante, la notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable doive alors être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Le droit au versement de prestations de l'assurance-accident suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3c) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel ou d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique. Dans le premier cas - lorsque l'assuré a vécu un événement traumatisant sans subir d'atteinte physique ou que l'atteinte physique est mineure et ne joue qu'un rôle très secondaire par rapport au stress

psychique subi - l'examen de la causalité adéquate s'effectue conformément à la règle durable du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (ATF 129 V 177 consid. 4.2 ; ATF non publié 8C\_8/2010 du 4 novembre 2010, consid. 3.2). 6. a) Le Tribunal fédéral a dans un premier temps considéré qu'un traumatisme psychique constituait un accident lorsqu'il était le résultat d'un événement d'une grande violence survenu en présence de l'assuré et apte à perturber l'équilibre psychique d'une personne jouissant d'une constitution psychique saine, provoquant des réactions typiques d'angoisse et de terreur. Cette jurisprudence a été confirmée et précisée en ce sens que ne sont plus considérées comme déterminantes les seules réactions d'une personne jouissant d'une constitution psychique saine, cela afin de tenir compte de la jurisprudence selon laquelle l'assurance-accidents couvre également les risques présentés par les personnes qui, en raison de certaines prédispositions morbides, assument moins bien l'accident que des assurés jouissant d'une constitution normale (ATFA non publié U 349/00 du 31 mai 2001, consid. 1b et les références citées). Seuls des événements extraordinaires propres à susciter l'effroi et entraînant des chocs psychiques eux-mêmes extraordinaires remplissent la condition du caractère extraordinaire de l'atteinte et, partant, sont constitutifs d'un accident (ATF non publié 8C\_354/2011 du 3 février 2012, consid. 4.2). Des exigences élevées doivent être posées en matière de preuve sur l'élément déclenchant de l'événement terrifiant, sur son caractère extraordinaire et sur le choc psychique (ATF non publié 8C\_159/2011 du 11 juillet 2011, consid. 4.1). b) Le Tribunal fédéral a ainsi nié le caractère accidentel du traumatisme subi par une assurée ayant découvert le corps de son fils victime d'un meurtre dans son appartement, le crime ne s'étant pas déroulé en sa présence (RAMA 2000 n°U 365 p. 89, consid. 2 et 3). La notion d'accident n'a pas non plus été retenue dans le cas d'un pilote de ligne qui subit un stress post-traumatique à la suite de l'atterrissage raté d'un avion plein de passagers sur une piste verglacée. Il a notamment été souligné que le pilote devait s'attendre à devoir poser son avion dans de telles conditions et avait d'ailleurs suivi un entraînement à cette fin (RAMA 2005 n°U 545 p. 212, consid. 4.4). Le traumatisme subi par une personne ayant éprouvé un choc émotionnel à l'occasion d'un accident de la circulation n'ayant occasionné que des dommages matériels n'a pas non plus été qualifié d'accident (RAMA 1991 n° U 128 p. 225, consid. 2). Dans le cas d'une femme de chambre qui entre dans une chambre d'hôtel où se déroule un exercice policier et y voit trois hommes masqués dont un la saisit par le poignet lorsqu'elle tente de sortir, avant de lui montrer sa carte de service et lui expliquer la situation, notre Haute-Cour a souligné que selon le cours ordinaire des choses et l'expérience durable de la vie, cet incident n'était pas apte à entraîner un trouble psychique avec une incidence durable sur la capacité de travail même en tenant compte du fait que certains assurés sont plus fragiles. Celui qui se croit en danger un bref moment seulement se remet normalement rapidement de ses frayeurs dès qu'il constate qu'il ne courait en réalité pas de risque (ATFA non publié U 46/04 du 7 décembre 2004, consid. 4.2). La qualification d'accident a également été niée dans le cas de troubles psychiques développés par un conducteur de locomotive qui, voyant un signal d'arrêt obligatoire à environ 200 mètres, se croit exposé à un grand danger, actionne le dispositif de freinage d'urgence sans pouvoir estimer la distance d'arrêt et qui parvient à immobiliser le convoi quelques mètres après le signal, dont il apprend qu'il était en réalité resté enclenché par erreur (ATFA 1956 p. 81). c) A en revanche été qualifié d'accident le traumatisme subi par un conducteur de locomotive qui se rend compte qu'il a écrasé une personne qui s'était jetée sous sa machine (RAMA 1990 n°U 109 p. 300, consid. 3). Un lien de causalité adéquat a également été retenu entre des troubles psychiques chroniques

développés à la suite de l'agression dont a été victime une fleuriste sur son lieu de travail, qui a été attaquée par trois hommes masqués munis d'une arme à feu, qui l'ont mise à terre avant de la ligoter puis de l'enfermer dans le noir aux toilettes, où elle a dû attendre 30 minutes avant d'être délivrée lors de l'arrivée de ses collègues. Dans ce dernier cas, notre Haute-Cour a notamment souligné que le déséquilibre des forces en puissance empêchait l'assurée de se défendre ou de fuir. De plus, elle avait toutes les raisons de craindre pour son intégrité sexuelle et sa vie et ignorait si et quand elle serait libérée (ATF non publié 8C\_522/2007 du 1<sup>er</sup> septembre 2008, consid. 4.3.4). 7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; ATFA non publié I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2). 8. En l'espèce, il résulte de ce qui précède qu'il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré ait subi une atteinte physique lors de l'événement du 25 mai 2009. Partant, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement décrit par l'assuré et les troubles qu'il a développés par la suite doit être analysée conformément à la règle de l'expérience durable et du cours ordinaire des choses. Selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière durable en assurances sociales (ATF non publié 9C\_663/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010, consid. 3.2), en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a). Cela étant, en l'occurrence, mêmes les premières déclarations de l'assuré ne permettent pas d'admettre qu'il a subi une lésion somatique. Il a en effet affirmé dans sa déclaration du 19 août 2009 qu'il avait subi un choc à la tête mais en précisant que celui-ci avait été amorti par son casque de sécurité. Par la suite, il est revenu sur ses déclarations en indiquant au Dr L\_\_\_\_\_ et à la SUVA qu'il ne se rappelait pas s'être cogné la tête. De plus, aucune lésion consécutive à un choc à la tête n'a pas été constatée par les médecins. L'assuré requiert à titre subsidiaire qu'une expertise médicale soit confiée à un expert en psycho-traumatologie. Si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b). Or, il n'est pas nié que l'assuré souffre de stress post-traumatique. Ce diagnostic est en effet notamment retenu par le Dr F\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans ces conditions, une expertise est inutile puisqu'il ne s'agit pas ici d'instruire des faits médicaux mais de résoudre une question de droit, soit l'existence d'un lien de causalité adéquate, qui doit être tranchée par le juge à l'aune d'une appréciation juridique

(ATFA non publié U 493/06 du 5 novembre 2007, consid. 3.1) 9. A la lumière des exemples dégagés par la jurisprudence, on ne peut admettre de tel lien. La Cour de céans retient en effet que les événements se sont enchaînés sur une très brève période avant que l'ascenseur ne finisse par s'immobiliser, ce que l'assuré admet d'ailleurs en indiquant ne pas avoir eu le temps d'avoir peur. De plus, il existait une cellule de survie sur cet ascenseur et l'assuré n'affirme pas qu'il croyait que l'ascenseur en cause n'était pas doté d'un tel équipement. On comprend au demeurant mal ses allégations sur le dysfonctionnement de cet espace de survie, puisque la cabine s'est bel et bien arrêtée avant d'atteindre le plafond. Si le fait d'être confiné dans un espace d'une hauteur de 60 à 70 centimètres est très certainement inconfortable, on ne peut pour autant admettre qu'il s'agit-là d'une menace vitale et l'assuré pouvait au plus tard à ce moment-là se rendre compte que sa vie n'avait pas été mise en péril. Ce n'est de plus qu'après s'être extrait de la cabine de l'ascenseur que l'assuré a vraiment été saisi de frayeur et que ses jambes ne l'ont plus porté, alors qu'il se savait hors de danger. De plus, comme le souligne à juste titre la SUVA, l'assuré est au bénéfice d'une solide expérience dans la réparation d'ascenseurs et une documentation écrite lui a été transmise sur les risques liés aux réparations d'ascenseurs. Il est d'ailleurs confronté au quotidien à des pannes d'ascenseur. S'il n'est pas contesté que l'assuré a été très choqué par l'incident vécu le 25 mai 2009, cela ne suffit pas à considérer qu'il s'agit d'un événement d'une grande violence, d'autant plus que les contrôles opérés sur l'ascenseur après l'événement du 25 mai 2009 n'ont pas révélé de dommage matériel. Sur ce point, la situation de l'assuré se rapproche des cas du pilote de ligne devant effectuer une manœuvre délicate ou du conducteur de train qui se croit en danger parce qu'il ne parvient pas à freiner avant un signal d'arrêt, qui ont donné lieu aux arrêts du Tribunal fédéral précités. Partant, c'est à bon droit que la SUVA a nié l'existence d'un lien de causalité entre les troubles de l'assuré et l'événement du 25 mai 2009. 10. Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté. L'assuré, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.