

## **GE\_GERICHTE A/2406/2012 vom 30. Oktober 2012**

GE Cour de justice, 2012-10-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2406\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2406_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/2406/2012 du 30 octobre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/2406/2012 del 30 ottobre 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

ème Chambre En la cause Monsieur H\_\_\_\_\_, domicilié au Grand-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Caroline KÖNEMANN contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne intimée EN FAIT Monsieur H\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1982, originaire de Macédoine, marié, est arrivé en Suisse en novembre 2009, selon le registre de l'Office cantonal de la population. Il travaillait depuis le 5 juillet 2010 en qualité d'ouvrier au sein de l'entreprise X\_\_\_\_\_ Sàrl et, à ce titre, il était assuré auprès de la SUVA contre les accidents professionnels et non-professionnels. Le 26 juillet 2010, alors qu'il travaillait sur un chantier de construction concernant une école à Lancy, l'assuré a subi un accident, ainsi décrit par l'employeur dans la déclaration d'accident "est tombé d'un escabeau et a percuté violemment une marche". Les photos prises immédiatement le jour de l'accident montrent une plaie du cuir chevelu, en arc de cercle, saignant abondamment, l'assuré étant debout et à torse nu, puis couché sur un brancard. L'assuré a été transporté aux urgences des HUG le 26 juillet 2010 et a été hospitalisé dans le service de neurochirurgie jusqu'au 29 juillet 2010. La lettre de sortie de l'hôpital datée du 26 août 2010 décrit, à l'entrée, un patient collaborant, orienté aux trois modes, calme. L'examen neurologique est strictement normal. Un saignement important par une plaie pariétale droite du cuir chevelu qui va jusqu'au crâne d'une longueur d'environ 20 cm est mentionnée ainsi qu'une plaie du pouce droit sans atteinte de sensibilité. L'assuré a subi un impact de la région pariétale droite sans perte de connaissance et sans vomissement. Le CT cérébral du 26 juillet 2010 ne révèle pas de lésion osseuse ni parenchymateuse décelable et, le jour-même, il est procédé à la révision de la plaie pariétale droite, par un nettoyage et une fermeture sous-galéale et du derme sous anesthésie générale. Il n'y a pas de déficit neurologique après le réveil. La surveillance postopératoire de la plaie (ablation du drain le 28 juillet 2010) est sans particularité. Le patient quitte l'hôpital le 29 juillet 2010 pour regagner son domicile. S'agissant du suivi après la sortie, l'assuré sera vu par une infirmière pour l'ablation des fils et aucun rendez-vous de contrôle n'est prévu en l'absence de problème supplémentaire. Aucun arrêt de travail n'est prescrit. Pour le surplus, des clichés du genou droit, de la main droite, du thorax et du bassin ont été effectués et n'ont pas montré de lésion. La SUVA a pris en charge l'accident. Le Dr L\_\_\_\_\_, généraliste de l'assuré, a traité l'assuré dès le 20 août 2010 et a attesté d'une totale incapacité de travail dès le 23 août 2010, régulièrement prolongée, avec des consultations hebdomadaires, le médecin précisant dans les divers rapports médicaux destinés à la SUVA, que le patient se plaint toujours de céphalées et de vertiges avec des pertes d'équilibre ainsi que d'insomnie, malgré une évolution lentement positive. Le patient est traité par anti-inflammatoires et antidouleurs, et bénéficie d'un suivi psychiatrique spécialisé dès janvier 2011. Interrogé sur les motifs de la fréquence des consultations (chaque 7 ou 10 jours dès le 20 août 2010 et

jusqu'en janvier 2011), le médecin indique que son patient a développé un état d'angoisse et de peur quant aux conséquences de l'accident. Par pli du 13 janvier 2011, la SUVA a informé l'assuré qu'elle formulait des réserves quant aux troubles crâniens et suspendait ses prestations dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Le Dr M \_\_\_\_\_, psychiatre, atteste le 24 février 2011 que le patient souffre d'un état de stress post-traumatique (F43.1), d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), avec une évolution lentement favorable de l'épisode dépressif (score de HAMILTON de 33 le 13 janvier 2011 et de 24 le 24 février 2012). A la question de savoir si des facteurs étrangers à l'accident entrent en compte dans le processus de guérison, le médecin mentionne des facteurs socioculturels et une crise de couple. Il estime qu'une reprise du travail à 50% est possible dès le 1<sup>er</sup> juillet 2011 et mentionne le risque de persistance d'un état de stress post-traumatique chronique. Le cas a été soumis à l'appréciation du Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA le 1<sup>er</sup> mars 2011. Il procède à un résumé du dossier et, s'agissant de l'appréciation du cas, il indique qu'il n'y a pas eu de lésion structurelle objectivable s'agissant du traumatisme crânien, et que l'évènement a pu être à l'origine d'une déstabilisation temporaire d'un état dépressif préalable. Toutefois, plus de six mois après l'évènement déclaré, les conséquences délétères de cet évènement accidentel doivent être éteintes et l'état pathologique préalable de l'assuré est probablement à l'origine de ses nombreuses consultations à but psychiatriques. Le cas a ensuite été soumis à l'appréciation du Dr O \_\_\_\_\_, psychiatre et médecin d'arrondissement pour la SUVA qui indique, le 2 mars 2011, qu'il existe un décalage entre la sévérité et la nature des diagnostics posés sur le plan psychiatrique par le Dr M \_\_\_\_\_ et la nature de l'accident subi, soit une chute d'un escabeau d'une hauteur de 1,5 m, de sorte qu'il est réservé quant à l'existence d'une causalité naturelle dans ce cas. Par décision du 4 mars 2011, la SUVA a mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 31 janvier 2011, les troubles subsistants n'étant plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade, l'état de santé tel qu'il était avant l'accident pouvant être considéré comme rétabli au 31 janvier 2011 au plus tard. Représenté par une avocate, l'assuré a formé opposition le 7 avril 2011 et fait valoir que les circonstances de l'accident étaient fort différentes de celles initialement annoncées. Ramassant des panneaux de bois jetés du 4<sup>ème</sup> étage afin de les mettre dans la benne de récupération, l'assuré avait reçu sur la tête une planche de 2 mètres de long, 1 mètre de large et 5 cm d'épaisseur. Il est alors tombé, a momentanément perdu connaissance et s'est réveillé la tête couverte de sang, avant d'être emmené en ambulance à l'hôpital. C'est en raison de l'absence de casque sur le chantier et du fait que l'un des ouvriers travaillait au noir que le patron avait requis des personnes présentes de donner une autre version de l'accident, soit une chute d'un escabeau. Interrogé dans les locaux de la SUVA le 11 avril 2011, l'assuré a confirmé qu'il jetait du 4<sup>ème</sup> étage des planches de bois et qu'il était descendu pour en ramasser certaines afin de les mettre dans la benne. Alors qu'il soulevait une paroi lourde, l'obligeant à la poser sur une extrémité de la benne pour la soulever, il a entendu son collègue crier en albanais "je jette", ce à quoi il a répondu en criant en albanais "tu ne jettes pas". C'est au moment où il soulevait l'extrémité de la paroi pour la jeter dans la benne qu'il a reçu une planche sur la tête. Il se trouvait jambes écartées et fléchies avec la tête en avant, il est tombé en avant, était "groggy" puis il a senti le sang couler sur son visage et a eu peur. Il a enlevé son tee-shirt et l'a plaqué sur la tête côté droit. Il s'agissait d'une planche de 2m de long, 1m de large et de 27 à 30 mm d'épaisseur. Il précise qu'immédiatement après l'accident, il a souffert de forts maux de tête, a fait des cauchemars et a commencé, deux à trois semaines après l'accident, à s'énerver de façon anormale avec

son épouse car il était fatigué. Il souffre d'insomnies et pleure. Avant l'accident, il n'avait pas de problèmes de couple. Le patron de l'entreprise et le chef d'équipe ont également été entendus, le 12 avril 2011. Ils n'étaient pas immédiatement sur les lieux de l'accident lorsque celui-ci est survenu mais le chef d'équipe a indiqué qu'il se trouvait au rez-de-chaussée lors de l'accident, l'assuré est venu vers lui avec la tête qui saignait et un bandage sur la tête. Ils ont confirmé la nouvelle version des faits de l'assuré et les motifs qui avaient conduit le chef d'entreprise à déclarer une simple chute d'un escabeau. Le cas a été soumis au Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, pour le compte de la SUVA. Selon son rapport du 9 novembre 2011, le CT Scan crânio-cérébral effectué le 10 juin 2011 ne révèle pas de fracture décelable de la voûte crânienne ou de la base du crâne, met en évidence la symétrie des ventricules, l'absence de signe d'hémorragie extra ou intra crânienne, l'absence de processus avec effet de masse. Il y a une longue blessure de la galea aponévrotique nettement identifiable au niveau de la région pariétale droite avec des inclusions d'air. L'IRM crânio-cérébrale effectuée le 28 juillet 2011 est normale. L'hypothèse d'une pièce de bois ayant heurté tangentiellement la tête de l'assuré qui ne portait pas de casque de protection semble plausible en raison de la morphologie de la lésion et il s'agissait donc d'une blessure par contact, le mécanisme accidentel ayant provoqué une lésion lacéro-contuse importante du cuir chevelu, sans entraîner de fracture ou de lésion intracrânienne. Il ne s'agit donc que d'une contusion de la région de la tête et non pas d'un traumatisme crânio-cérébral au sens strict du terme, d'un degré de gravité correspondant à celui d'un traumatisme léger du cerveau de degré 1 tout au plus (synonyme : commotion cérébrale). L'appréciation neurologique spécialisée contredit le diagnostic du Dr L\_\_\_\_\_ qui retenait un traumatisme crânio-cérébral. Il n'est pas exclu que des maux de tête se manifestent de manière transitoire en raison du choc subi, mais des troubles de plus longue durée ne peuvent pas s'expliquer par ce type de blessure à la tête. Ainsi, la description particulièrement vague que fait l'assuré de ses troubles physiques peut sans autre être considérée comme un élément constitutif de la maladie psychiatrique diagnostiquée par les spécialistes et il est impossible de mettre en évidence chez l'assuré des suites des blessures de nature organique consécutives à l'évènement du 26 juillet 2010. L'assuré a contesté les conclusions du médecin précité et a produit les rapports des deux experts mandatés par ses soins : le rapport du 12 mars 2012 du Dr Q\_\_\_\_\_, psychiatre auprès du Centre psychothérapeutique et d'expertise de Plainpalais. L'expertise se base sur la lecture du dossier médical transmis par le généraliste de l'assuré, le Dr R\_\_\_\_\_, un entretien téléphonique avec l'avocate de l'expertisé et un entretien de deux heures, le 2 mars 2012, avec l'expertisé. Le rapport contient un résumé du dossier. S'agissant de la description des faits par l'assuré, l'expert relève que la notion de perte de connaissance reste peu claire, l'assuré s'est senti "groggy", a senti le sang couler sur son visage et aurait eu très peur. S'agissant des plaintes sur le plan psychique, l'assuré se plaint de douleurs de l'hémicrâne droit, décrit comme des chocs électriques, plusieurs fois par jour. Il se rase systématiquement les cheveux car sinon cela lui fait mal et a renoncé à toute activité sportive en raison d'une fatigue chronique, de peurs mal systématisées mais également de maux de tête. Il décrit une augmentation de l'agressivité et de l'irritabilité, avec parfois un manque d'envie de vivre, surtout en lien avec les dettes qui s'accumulent, de troubles du sommeil importants. Il indique que son épouse lui relate parfois le matin que durant ces quelques heures de sommeil en fin de nuit, il crie dans la nuit en albanais et reproduit le scénario de l'accident. Les ruminations sont importantes et l'assuré se plaint également des angoisses de mort, montrant sa cicatrice, et précisant que si le choc s'était déplacé de

quelques centimètres, sa tête serait cassée en deux. L'assuré a besoin d'être reconnu comme malade, n'ayant plus aucun revenu financier depuis le 31 janvier 2011. L'assuré explique qu'il est en Suisse depuis 2006, pour travailler, au bénéfice d'un permis "B" depuis mai 2010, l'accident ayant eu lieu alors qu'il avait obtenu son premier contrat de travail officiel. Son épouse, au bénéfice d'un permis "C", travaille dans le repassage. S'agissant des données objectives, l'expert relève que l'assuré est orienté dans le temps et l'espace, que le contenu et le cours de son discours sont sans particularité, qu'il présente une thymie triste avec des moments d'irritabilité. Sa concentration n'est que de courte durée sur les questions posées avec un regard souvent perdu dans le vide. Il présente une anhédonie avec d'importants troubles du sommeil et d'occasionnelles idées suicidaires. Les fluctuations d'humeur, qui se sont produites trois fois durant l'entretien d'une heure et demie, sont en lien avec son sentiment d'injustice. L'expert pose le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 et d'état de stress post-traumatique F43.1. S'agissant de l'appréciation du cas, l'expert relève que le syndrome post-traumatique est constitué par une confrontation brève à un évènement exceptionnellement menaçant qui a provoqué chez l'assuré des symptômes de détresse. L'assuré présente des réminiscences envahissantes ainsi que des rêves répétés, une tendance à l'évitement de tout chantier, des symptômes d'hyper vigilance en lien avec l'accident sous forme de difficulté d'endormissement, une irritabilité avec des accès de colère, des difficultés de concentration. La préoccupation concernant l'accident et ses conséquences occupe la majorité de l'entretien. Les premiers symptômes relevés par le Dr L. \_\_\_\_\_ le 14 février 2011 (céphalées, vertiges, troubles du sommeil, angoisses et peurs) sont compatibles avec le début d'un état de stress post-traumatique. L'expert relève que le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2011 retient un état pathologique préalable sous forme de dépression sévère qui ne ressort pas de l'anamnèse, l'assuré ayant maintenu un niveau de fonctionnement globalement suffisamment stable pour ne pas consulter de psychiatre jusqu'à l'accident. S'agissant du rapport médical du Dr P. \_\_\_\_\_ du 9 novembre 2011, ses conclusions sont dues au fait qu'il n'a pas tenu compte d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, alors que ce dernier est invalidant selon la jurisprudence : la comorbidité est grave et durable, la désinsertion sociale est sévère et avérée par plusieurs éléments de plainte du patient, mais en ce qui concerne la cristallisation de l'état, il reste une marge de progression possible. La causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques est très probable, car les circonstances de l'accident étaient particulièrement dramatiques, elles ont occasionné des blessures graves sous forme de plaies importantes du cuir chevelu, un syndrome douloureux somatoforme avec comme comorbidité un syndrome de stress post-traumatique, qui explique la longueur actuelle du traitement médical et psychique en raison des plaintes corporelles permanentes. Il n'y a pas eu d'erreur thérapeutique, l'évolution est problématique en raison de la faible capacité d'introspection de l'expertisé, ainsi que les aspects culturels et narcissiques du patient, qui limitent l'impact de la prise en charge. En ce qui concerne l'exigibilité, l'expert estime que l'assuré ne remplit pas les conditions pour engendrer une limitation durable de la capacité de travail qui entraînerait une invalidité, car les troubles psychiques sont actuellement insuffisamment traités. Le rapport du 15 mai 2012 du Dr S. \_\_\_\_\_, neurologue, contient un résumé précis du dossier, une anamnèse neurologique, neuropsychologique. L'expert a procédé à un examen clinique-neurologique et un électroencéphalogramme. Il indique que l'examen clinique neurologique ne révèle aucune atteinte centrale ni périphérique. Les plaintes de l'assuré (céphalées quotidiennes bitemporales en casque avec parfois un léger élément pulsatile, pas de nausées et légère phonophonie) interviennent dans les suites

immédiates du traumatisme crânio-cérébral dont il a souffert, qui peut être considéré comme de gravité moyenne. Bien que l'on soit loin d'un événement exceptionnel (catastrophe naturelle, guerre, etc.), le diagnostic neurologique retenu est celui d'un état de stress post-traumatique avec une évolution clinique ordinaire, on aurait dû s'attendre à une diminution voire une disparition de la plupart des symptômes dans l'année suivant l'accident, étant précisé qu'un état de stress post-traumatique, avec un traumatisme crânien sévère, peut persister jusqu'à trois ans après l'évènement. Il n'est donc pas exclu que des facteurs personnels liés à l'histoire de l'assuré (dettes, poursuites, impossibilité d'assurer l'avenir économique de la famille) jouent un rôle délétère dans l'évolution actuelle. Il paraît toutefois juste d'admettre la causalité entre l'état de stress post-traumatique et l'accident en cause à un degré de vraisemblance au-delà de 50%. Par pli du 29 mai 2012, le conseil de l'assuré reprend la teneur des deux expertises produites, indique que l'incapacité de travail à 100% est avérée, ainsi que le lien de causalité adéquate avec l'accident du 26 juillet 2010 et sollicite le versement des indemnités journalières dues depuis le 1<sup>er</sup> février 2011. Ces deux rapports ont été soumis à l'appréciation du Dr P \_\_\_\_\_ qui a procédé à une appréciation neurologique le 11 juin 2012. Il rappelle que les rapports d'examen ont permis d'exclure toutes lésions traumatiques cérébrales et osseuses et que, dès le début, les déclarations de l'assuré concernant la symptomatologie de céphalées ainsi que les autres troubles étaient systématiquement vagues et imprécises, ce qui indique qu'il ne s'agit d'une symptomatologie neurologique organique primaire, mais bien d'une problématique psychiatrique. Les deux experts décrivent les plaintes du patient de façon très différente, soit céphalées hémicrâniennes droites avec sensation de décharges électriques selon le Dr Q \_\_\_\_\_ et céphalées permanentes sans modulation, en casque, accompagnées d'un léger vertige et une légère phono et photophobie selon le Dr S \_\_\_\_\_. Ce dernier confirme un examen neurologique normal et l'ensemble de son évaluation relève de la psychiatrie. Ainsi, les deux expertises ne modifient en rien son appréciation du 19 novembre 2011. Par décision sur opposition du 6 juillet 2012, la SUVA rejette l'opposition, au motif que la causalité adéquate entre les troubles psychogènes affectant l'assuré et le sinistre incriminé doit être niée. Sans minimiser l'accident et en admettant que le choc subit ait été d'une certaine violence - bien qu'il n'ait pas provoqué vomissement ou perte de connaissance - les éléments en présence ne font objectivement pas apparaître l'accident comme particulièrement impressionnant ou dramatique. La blessure du cuir chevelu qui saignait beaucoup a été correctement traitée avec une suture de la plaie sous anesthésie générale. Il n'a été objectivé ni lésion osseuse ou neurologique grave, de sorte que les quelques lésions physiques organiques subies ne sauraient être qualifiées de graves et propres à entraîner des troubles psychiques. Le traitement médical n'a rien eu d'inhabituel quant à sa durée et quant à son ampleur. Il n'a pas connu d'erreurs. Une composante psychique est intervenue rapidement et la persistance des douleurs et maux de tête n'est pas expliquée par des troubles neurologiques objectivables mais par des troubles de la sphère psychogène. Par acte du 3 août 2012, l'assuré, représenté par une avocate, a formé recours contre la décision sur opposition, concluant à l'annulation de la décision de la SUVA, à la poursuite de la prise en charge du traitement et des indemnités journalières par la SUVA au-delà du 1<sup>er</sup> février 2011. En substance, il fait valoir que, sur la base des expertises des Drs Q \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_, l'incapacité de travail à 100% est avérée, ainsi que son lien de causalité adéquat avec l'accident du 26 juillet 2010. L'assuré a donc droit aux indemnités journalières et à la couverture des frais de traitement au-delà du 1<sup>er</sup> février 2011. La blessure au cuir chevelu est considérée comme un scalp et doit donner droit à une indemnité pour atteinte à

l'intégrité corporelle de 30%. L'atteinte à des fonctions psychiques, comme la mémoire et la concentration, donne droit à une indemnité de 20%. Dans sa réponse du 28 août 2012, la SUVA conclut au rejet du recours, au motif que les troubles psychiques du recourant sont sans lien de causalité avec l'évènement accidentel. L'accident était de gravité moyenne, les lésions physiques subies n'ont pas été graves, le traitement médical n'a pas été entaché d'erreurs et a été efficace. Les troubles psychiques de l'intéressé sont apparus rapidement et ont pris le dessus à bref délai. Dans le délai fixé pour consulter les pièces et se déterminer, l'assuré a produit des photos de son crâne, actuellement, qui montrent une cicatrice correspondant à la blessure subie, le crâne étant pour le surplus, rasé de près. Il cite par ailleurs un rapport du Service de radiologie des HUG du 3 février 2011, concernant une radio du bassin qui montrerait un croisement des lignes acétabulaires, ouvrant le diagnostic différentiel d'une rétroversion acétabulaire gauche, faisant valoir que cet "état" n'est sans doute pas étranger à son accident. Par pli du 4 octobre 2012, la SUVA a persisté dans ses conclusions, estimant que le courrier de l'assuré n'amenait pas d'éléments nouveaux sur la question litigieuse à trancher. EN DROIT 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA). L'objet du litige porte sur le droit de la SUVA de mettre un terme aux prestations dès le 1<sup>er</sup> février 2011 et, singulièrement sur le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques présentés. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'évènement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). b) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'évènement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont

liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (ATF non publié du 23 novembre 2009, cause 8C\_463/2009, consid. 3). a) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 V consid. 5a et les références), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 III 112 sv. consid. 3a, 123 V 100 ss consid. 3, 122 V 417 consid. 2c). L'analyse de la causalité adéquate est une question de droit qu'il incombe au juge, respectivement à l'administration, mais non au médecin, de trancher (ATFA U 190/04; U 119/00). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a). Par contre, en présence de troubles psychiques, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves

(ATF 115 V 138 ). En cas de traumatisme crânien simple sans lésion organique et une symptomatologie essentiellement, si ce n'est dans le cas d'espèce, exclusivement psychique, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur les critères de l'arrêt précité (arrêt non publié du 28 août 2002, U 416/01). b) Le degré de gravité d'un accident s'apprécie d'un point de vue objectif, en fonction de son déroulement; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime 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 (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409; voir également JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., no 89 ss). Le Tribunal fédéral a encore récemment précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêt 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées, 8C\_175/2010 ). L'accident doit être qualifié de gravité moyenne lorsqu'il se situe en deçà de la limite supérieure de cette catégorie, selon la jurisprudence du TFA en la matière, résumée in ATA 670/01 (pour mémoire : ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures de gravité moyenne - ATA du 2 septembre 1997 - , une chute d'ascenseur sur deux étages - ATFA U 204/00-, la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien - ATFA U 338/05-, un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien - ATFA U 128/03-, une chute de 4,5 mètres de haut ayant causé un traumatisme crânien simple - ATFA U 416/01. A été considéré comme un accident insignifiant ou de peu de gravité, ou tout au plus dans la limite inférieure des accidents de gravité moyenne, une chute dans les escaliers ayant occasionné un léger traumatisme crânien - arrêt non publié du 19 novembre 2007, 8C\_492/2007 ). c) En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants: les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (1); la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques (2); la durée anormalement longue du traitement médical (3); les douleurs physiques persistantes (4); les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (5); les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes (6); le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (7). 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 puisse être admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa). d) En l'absence de lésions physiques, selon la jurisprudence, un traumatisme psychique (Schreckereignis) constitue un accident au sens de l'art. 4 LPG, lorsqu'il est le résultat d'un événement d'une grande violence survenu en présence de la personne assurée et que l'événement dramatique est propre à faire naître une terreur subite même chez une personne moins capable de supporter

certains chocs nerveux. Mais 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 129 V 402 consid. 2.1 p. 404). Le Tribunal fédéral l'a admis dans le cas d'un conducteur de train ayant écrasé un passant (arrêt U 93/88 du 20 avril 1990, in RAMA 1990 n° U 109 p. 300), mais exclu notamment dans le cas d'un accident de voiture de gravité moyenne après lequel l'assuré a développé un état de stress post traumatique (arrêt non publié du 3 février 20128C\_354/2011 ). d) 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 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3; 125 V 195 consid. 2). En l'espèce, le 26 juillet 2010, l'assuré a reçu sur la tête une grande planche de bois qui a causé une importante lésion du cuir chevelu et entraîné un important saignement. Il n'a pas perdu connaissance, ni vomi. Il est resté debout, a enlevé sa chemisette pour éponger le sang et s'est rendu auprès du chef d'équipe. Après avoir convenu d'une version des faits différente, pour des motifs étrangers à la présente cause, le chef a appelé une ambulance. La Cour examinera d'abord les conséquences de l'atteinte physique sur la capacité de travail du recourant. Selon les constatations des HUG, l'assuré n'a subi aucune lésion (fracture, etc.) du crâne, l'examen neurologique était normal, et la plaie a été révisée sous anesthésie totale. Après une surveillance post-opératoire de deux jours, l'assuré est rentré à domicile, sans arrêt de travail, ni suivi prescrit par les HUG. Les Dr N\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ confirment l'absence de traumatisme crânio-cérébral sur la base de l'ensemble des pièces radiologiques et médicales du dossier. Le Dr P\_\_\_\_\_ relève pertinemment que les plaintes de l'assuré sont non seulement vagues mais fluctuantes, s'agissant des céphalées, de sorte que cet élément d'appréciation n'est pas fiable, et confirme en tout cas l'absence de cause neurologique. De plus, l'absence de traumatisme important est fondé sur les examens et imageries pratiqués et la conclusion selon laquelle des maux de tête directement consécutifs au choc sont possibles, mais ne peuvent pas persister aussi longtemps, est convaincante. L'absence de trouble neurologique est de plus confirmée par le Dr T\_\_\_\_\_, dont appréciation relève pour le surplus de la sphère psychiatrique. Il n'y a pas de motif de s'écarter de l'appréciation des spécialistes mis en œuvre par la SUVA, dûment motivée et ne présentant pas de contradictions. Seul le Dr L\_\_\_\_\_ prétend que son patient aurait subi un traumatisme crânio-cérébral, sans objectiver ce diagnostic, mais en se fondant sur les seules plaintes du patient. La dernière interprétation faite par l'avocate de l'assuré du rapport de la radiologie du bassin du 26 juillet 2010 relève de la supposition, aucun médecin n'ayant relevé une quelconque anomalie en lien avec l'accident. Sur le plan somatique, les éventuels troubles persistants ne sont donc plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité naturelle avec l'accident, en tout cas depuis le 31 janvier 2011. Sur ce point, la décision ne prête donc pas flanc à la critique. Doit encore être examinée la portée des atteintes psychiques, dont souffre le recourant. Celui-ci subit une incapacité de travail totale en raison de son état psychique selon son psychiatre. Les diagnostics posés sont ceux d'état de stress post traumatique, de syndrome douloureux somatoforme persistant, voire de trouble dépressif (cf. avis des Dr M\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_). L'intimée conteste toutefois que ces troubles soient en relation de causalité adéquate avec l'accident de juillet 2010. Il convient ainsi de

vérifier si les conditions posées par la jurisprudence pour admettre l'existence du lien de causalité entre un accident et des atteintes psychiques sont remplies en l'espèce. A noter qu'il n'appartient pas aux médecins d'apprécier la causalité adéquate, qui relève du droit. S'agissant de leur avis médical, on relèvera que le Dr M \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, admet l'existence d'une crise de couple et de facteurs socio-culturels concomitants. Quand au Dr Q \_\_\_\_\_, seul expert psychiatre qui s'est prononcé en toute connaissance de cause (le Dr O \_\_\_\_\_ ne connaissait pas les circonstances réelles de l'accident), il se fonde sur une prémisse erronée s'agissant de la gravité des lésions physiques et son appréciation du caractère impressionnant ou dramatique de l'accident est basée sur la perception subjective de l'assuré. Surtout, il justifie en partie l'incapacité de travail par le caractère invalidant du trouble somatoforme, retenant une comorbidité psychique grave et la présence des autres facteurs jurisprudentiels, ce qui n'est pas déterminant pour apprécier le lien de causalité adéquate. Certes, la réception d'une planche de bois jetée depuis le 4<sup>ème</sup> étage sur la tête n'est pas un accident anodin, mais il ne peut pas non plus être qualifié de grave, dans la mesure où il n'a entraîné aucune lésion physique, à l'exception d'un traumatisme crânien léger et d'une plaie au cuir chevelu, et que la vie du recourant n'a jamais été mise en danger. En regard de la jurisprudence concernant l'ouvrier qui été percuté par une lourde pierre, dans des circonstances similaires, mais avec diverses fractures au niveau de la jambe et de la cheville, outre un traumatisme crânien, l'accident subi par le recourant est de gravité moyenne, tout au plus. Cela étant, les critères déterminants selon la jurisprudence soit le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, les douleurs physiques persistantes, les erreurs dans le traitement médical, ainsi que la durée et le degré de l'incapacité de travail due aux seules lésions physiques, font en l'occurrence défaut. D'une part, la réception de la planche peut, en soi, être impressionnante, mais elle n'apparaît pas, du point de vue objectif, déterminante dans l'analyse du déroulement de l'accident, comme particulièrement impressionnante, ou accompagnée de circonstances particulièrement dramatiques. L'assuré a eu le temps d'entendre son collègue dire "je jette" avant de recevoir l'objet sur la tête. Il est resté debout tout le temps, il s'est déplacé vers son chef en marchant et il n'a pas perdu connaissance. Même l'important saignement du cuir chevelu - seul élément un peu impressionnant - n'a pas particulièrement alarmé ou choqué l'assuré et les autres personnes présentes, qui ont pris le temps de discuter des explications à donner, avant d'appeler une ambulance. D'autre part, le recourant n'a subi aucune lésion physique sérieuse à la suite de l'accident; un traumatisme crânien (et non pas cérébral) simple et une plaie, certes importante, sans lésion organique ou neurologique, n'apparaît pas comme une atteinte d'une gravité ou d'une nature particulières. Quant au traitement médical suivi par le patient, il était terminé aux HUG deux jours après l'événement, suite à la suture de la plaie, les consultations hebdomadaires dès le 23 août chez le Dr L \_\_\_\_\_ relevant de la psychothérapie par le médecin traitant, en l'absence de lésion physique ou de trouble neurologique expliquant les symptômes traités (angoisses, céphalées, vertiges, insomnie). Aucune erreur n'a été commise dans ce traitement et aucune incapacité de travail n'a été prescrite pour l'affection physique. Surtout, l'affection psychique du recourant a eu très tôt une influence sur son état de santé après l'accident, preuve en sont les consultations dès le mois d'août 2010. Ainsi, les vertiges, céphalées, insomnies et l'irritabilité, soit l'ensemble de la symptomatologie et l'incapacité de travail dès le 23 août 2010 ont immédiatement été liés à la problématique psychique du patient. La durée du traitement médical afférente aux seules lésions physiques a donc été de très courte durée et celle de l'incapacité de travail

limitée à l'hospitalisation de 3 jours. Ainsi, le caractère relativement impressionnant de l'accident ne suffit pas, car en présence d'un accident de gravité moyenne, mais pas à la limite supérieure, plusieurs critères doivent être remplis. En conclusion, aucune des circonstances entourant l'accident ne revêt une intensité particulière ou ne se cumule à un autre critère qui permettrait de reconnaître un rapport de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques présentés par le recourant au-delà du 31 janvier 2011. Il ne s'agit au surplus manifestement pas d'accident au sens d'un événement extraordinaire propre à susciter l'effroi de nature à causer un état de stress post traumatique, sans lésion physique. La décision sur opposition du 6 juillet 2012, qui confirme la décision du 4 mars 2011, est donc fondée. Pour terminer, la question d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle est soulevée pour la première fois par l'assuré dans son acte de recours et ne fait donc pas partie de l'objet du litige, circonscrit par la décision sur opposition. La décision litigieuse du 4 mars 2011 ne concerne ainsi que l'indemnité journalière et les frais de traitement. En l'absence de lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques, ceux-ci ne sont pas déterminants. S'agissant du "scalp", il appartient à l'assuré de solliciter une décision de la SUVA concernant une éventuelle IPAI. Le recours, mal fondé, est rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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