

## **GE\_GERICHTE A/2808/2007 vom 26. März 2008**

GE Cour de justice, 2008-03-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2808\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2808_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/2808/2007 du 26 mars 2008

IT: GE\_GERICHTE A/2808/2007 del 26 marzo 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.03.2008  
A/2808/2007

A/2808/2007 ATAS/345/2008 du 26.03.2008 ( LAA ) , ADMIS En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2808/2007  
ATAS/345/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
Chambre 4 du 26 mars 2008 En la cause Monsieur F \_\_\_\_\_, domicilié aux ANCHETS,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI recourant  
contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile  
en l'étude de Maître Marc-Etienne FAVRE intimée EN FAIT Monsieur F \_\_\_\_\_,  
travaillait depuis le 1 er octobre 1988 en qualité de conducteur installations auprès de  
X \_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il était assuré auprès de la SUVA contre les accidents  
professionnels et non-professionnels. Le 28 avril 2005, l'assuré a été victime d'un accident  
de travail. Occupé au contrôle d'une machine, l'assuré a trébuché, heurté le châssis du tapis,  
puis a chuté d'une hauteur d'environ un mètre avec réception sur son poignet gauche et sur  
l'hémiface gauche. Il a subi un traumatisme crânien avec perte de connaissance. Les  
médecins des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) ont diagnostiqué une  
fracture des deux os de l'avant-bras gauche, une fracture du malaire gauche avec refend  
pilier antérieur, une fracture du plancher de l'orbite droite ainsi qu'une fracture de la 8 ème  
côte gauche. Depuis ce jour, l'assuré a été en incapacité de travail totale. La SUVA a pris en  
charge les suites de l'accident. L'assuré a été hospitalisé du 28 avril au 13 mai 2005 dans le  
Département de chirurgie des HUG, où il a subi une ostéosynthèse de l'avant-bras par  
plaque ainsi qu'une réduction et ostéosynthèse de la fracture malaire gauche et une plastie  
du plancher de l'orbite gauche (recte : droite). Le Dr. L \_\_\_\_\_, médecin d'agence de la  
SUVA Genève, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré en date du 9  
mars 2006. Dans son rapport d'examen du 10 mars 2006, indique qu'il persiste des douleurs  
au niveau de la tête à gauche, des douleurs cervicales, des brûlures des yeux ainsi que des  
troubles visuels. L'assuré présente également des troubles de la mémoire, parfois il ne sait  
plus où il est. En ce qui concerne l'avant-bras, il persiste des douleurs du coude gauche ainsi  
que des douleurs sur les cicatrices; le patient ne peut pas porter de montre et se plaint de  
douleurs sur les tendons extenseurs. Au niveau des côtes, l'évolution a été favorable. Le Dr  
L \_\_\_\_\_ indique qu'il persiste à l'heure actuelle une réduction fonctionnelle, un  
syndrome douloureux et un manque de force du membre supérieur gauche. Au niveau de la  
face, il persiste un syndrome douloureux dont l'étiologie n'est pas expliquée. L'assuré  
signale des troubles de la mémoire avec des absences qui n'ont pas encore été investigués.  
La situation est en voie de stabilisation, mais quelques investigations et renseignements  
complémentaires sont nécessaires. Dans un rapport médical intermédiaire du 7 juin 2006, le  
Dr M \_\_\_\_\_, du Département de chirurgie maxillo-faciale des HUG, indique au niveau

de l'évolution qu'il y a une persistance des douleurs au niveau de l'hémiface gauche qui limite l'acuité visuelle ainsi qu'une hypoesthésie à gauche. Un dommage permanent est à craindre, en raison d'un syndrome douloureux post-traumatique et d'une hypoesthésie à gauche. Le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a adressé un rapport à la SUVA en date du 16 juin 2006. Il conclut que l'examen neurologique ne met en évidence que des phénomènes allodymiques, dysesthésiques dans les territoires postopératoires au niveau de l'avant-bras gauche. Il ne relève toutefois pas de déficit significatif plus en aval témoignant ainsi de la continuité des grands troncs nerveux de l'avant-bras. L'examen de la sensibilité est rendu difficile en raison de l'existence d'une hyperpathie de l'hémicorps gauche ne suivant aucun territoire neurologique précis et ne pouvant être rattachée à une anomalie pathologique. En ce qui concerne les céphalées, elles s'intègrent dans un cadre tensionnel, la palpation de contractures musculaires douloureuses en témoigne. L'ensemble de la symptomatologie est à intégrer dans le cadre d'un état de stress chronique auquel s'ajoutent une labilité émotionnelle, des troubles du sommeil ainsi qu'un état anxieux et probablement dépressif larvé. L'IRM cérébrale effectuée le 23 mars 2006 ne met pas en évidence de lésion traumatique intracérébrale, mais une lésion pinéale sans aucun rapport avec la symptomatologie ici en cause. Le 29 août 2006, le Dr L \_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen de l'assuré pour le compte de la SUVA. Dans l'appréciation du cas, il indique que l'évaluation récente faite par le chirurgien maxillo-facial relève que la situation est stabilisée et qu'il existe une séquelle sous la forme d'une hypoesthésie de la 2<sup>ème</sup> branche et du 5<sup>ème</sup> nerf crânien à gauche. En ce qui concerne les conséquences à long terme du traumatisme crânio-cérébral, selon les informations fournies par le Dr N \_\_\_\_\_ et le fait que l'assuré indique qu'il n'a plus utilisé de médicaments antalgiques depuis mi-juillet 2006, on peut en déduire que les conséquences du traumatisme crânio-cérébral sont actuellement éteintes. Concernant le membre supérieur gauche, l'assuré présente des séquelles de la fracture présente à ce niveau avec une réduction de la mobilité en pro-supination de l'avant-bras, une réduction de la mobilité du poignet et un manque de force. Le travail précédemment exercé ne peut pas être repris, mais dans un travail adapté tenant compte des limitations, l'assuré pourrait travailler avec un horaire complet. Dans un rapport adressé à la SUVA en date du 4 octobre 2006, le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychothérapie et psychiatrie, indique que l'assuré présente un état anxio-dépressif important réactionnel aux séquelles de son accident, notamment les douleurs et les sensations de brûlures au bras gauche, à la nuque, à la tête. Outre des idées noires, le patient présente des troubles de sommeil pour lesquels ce médecin a prescrit un traitement et assure un suivi sous forme d'un soutien psychothérapeutique. Le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin d'arrondissement de la SUVA Genève, a examiné l'assuré le 18 octobre 2006. Il relève au status que le discours du patient est cohérent, bien ancré dans la réalité, qu'on ne retrouve pas d'altération du cours ou du contenu de la pensée. En ce qui concerne l'humeur, celle-ci n'apparaît qu'étant légèrement dysphorique, il n'y a pas de ralentissement, ni de troubles cognitifs patents. Si la symptomatologie dépressive est moins pressante, par contre la symptomatologie anxieuse est forte; l'assuré est constamment tendu, inquiet, il rumine sans cesse sa situation de santé, avec toutes sortes d'inquiétudes quant à l'évolution de cette dernière. L'anxiété est qualifiée de sévère à l'échelle de Hamilton. Depuis août 2006, en raison de la survenue d'un état anxieux et dépressif, l'assuré a été mis au bénéfice d'un traitement psychiatrique avec une médication de psychotropes. Selon le Dr P \_\_\_\_\_, " on a très nettement l'impression quasi obsessionnelle de l'assuré centré sur ses manifestations physiques qui ont mené non seulement à un renforcement

probable de la symptomatologie douloureuse, mais aussi à la manifestation d'une cohorte de symptômes plutôt de nature psychosomatique. On a toutes les chances de se retrouver devant un tableau avec une majoration de la symptomatologie psychosomatique qui risque de se finir par une invalidation complète, avec non-reprise de travail. S'agissant de la causalité naturelle entre les troubles pour lesquels il est traité par le Dr O\_\_\_\_\_ et l'accident, elle est probable". Le Dr P\_\_\_\_\_ a examiné une nouvelle fois l'assuré en date du 7 mars 2007, pour évaluation de l'état psychiatrique, confirmation des diagnostics selon la CIM-10 et évaluation du lien de causalité et de la capacité de travail. Dans son rapport du 14 mars 2007, il retient le diagnostic de trouble hypocondriaque, classé F45.2 selon la CIM-10. Selon le médecin, l'assuré présente une symptomatologie psychique qui, de manière prédominante, touche le registre des troubles somatoformes, associée à une dépression au maximum d'intensité légère et d'une anxiété par contre plus importante. En ce qui concerne la causalité, ce médecin indique que le traumatisme n'est qu'un facteur parmi d'autres déclencheurs de ce tableau clinique, qui peut être assimilé selon certains auteurs à un véritable processus allant dans le sens d'une invalidation. Les traitements prodigués n'ont aucune prise sur cette problématique qui évolue vers la chronicisation, voire même l'aggravation, et il est même probable que les multiples traitements et investigations prodigués ne font que renforcer cette pathologie. Selon le Dr P\_\_\_\_\_, on ne peut donc retenir le lien de causalité naturelle pour la pathologie psychique présentée par l'assuré. Du point de vue de l'évaluation de la capacité de travail, celle-ci est difficile à apprécier au cours d'un entretien; toutefois, vu que la symptomatologie principale est dans le registre hypocondriaque, on ne peut considérer qu'il s'agit-là d'un facteur suffisant pour prolonger l'arrêt de travail. Par décision du 23 avril 2007, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 27% depuis le 1<sup>er</sup> mars 2007 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12,5%. Selon la SUVA, l'assuré est à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition que son bras gauche ne soit pas mis à forte contribution. Une telle activité est exigible durant toute la journée et permettrait de réaliser un revenu d'environ 4'450 fr par mois. Comparé au gain de 6'075 fr. réalisable avant l'accident, il est en résulte une perte de gain de 26,75% donnant droit à un rente d'invalidité de 27%. S'agissant des troubles psychogènes, la SUVA relève qu'ils ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, de sorte qu'un droit à des prestations n'existe pas à ce titre. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a formé opposition en date du 21 mai 2007. Il conteste le fait que la SUVA nie le lien de causalité adéquate entre les troubles psychogènes dont il souffre et l'accident dont il a été victime. Il produit un rapport établi par le Dr O\_\_\_\_\_ en date du 26 janvier 2007, aux termes duquel il présente, du point de vue psychique, une incapacité de travail totale, due à un état anxio-dépressif important réactionnel aux séquelles neurologiques de son accident. Par décision du 15 juin 2007, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que les troubles psychogènes ne peuvent être en relation de causalité adéquate avec l'accident, qui doit être qualifié de gravité moyenne. Selon la SUVA, le traitement ne peut être considéré comme anormalement long; en effet, les nombreuses investigations médicales ont été faites pour saisir l'ampleur des troubles allégués et ont permis de conclure à une discordance entre le substrat organique et l'étendue des plaintes. Les lésions physiques subies, si elles ne sont pas banales, ne sauraient cependant être valablement qualifiées de propres selon l'expérience à entraîner des troubles psychiques permanents. En conséquence, l'accident du 28 avril 2005 n'a pas été reconnu comme la cause adéquate des troubles psychogènes de l'assuré, de sorte que la SUVA n'a pas à répondre de la perte de gain que l'assuré subit de ce chef. Représenté par sa

mandataire, l'assuré a interjeté recours en date du 17 juillet 2007. Il se réfère au rapport du Dr O \_\_\_\_\_ aux termes duquel il présente un état anxio-dépressif important réactionnel aux séquelles neurologiques de son accident et que d'autres éléments n'influencent en rien l'affection psychiatrique dont il souffre. Il conteste la position de la SUVA, relevant que le rapport établi par le médecin d'arrondissement en date du 14 mars 2007 ne contient aucune précision concernant les autres facteurs déclenchant du tableau clinique. Il fait valoir que la SUVA n'a pas pris en considération le traumatisme crânien avec perte de connaissance, les interventions chirurgicales, les douleurs mal systématisées, malgré la consolidation et permanentes ainsi que ses limitations physiques importantes. Il conclut à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée, à confier à un spécialiste neutre en psychiatrique, afin que soit déterminée l'existence ou l'absence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident. Sur le fond, il sollicite l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de dépens. Dans sa réponse du 4 octobre 2007, la SUVA rappelle que les déclarations du médecin traitant de l'assuré doivent être accueillies avec circonspection. Pour le surplus, l'accident doit être classé dans la catégorie des accidents de moyenne gravité, sans atteindre la limite supérieure de cette catégorie et l'examen des différents critères permettent de déterminer qu'il n'y a pas eu de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et que les lésions subies n'étaient pas propres à entraîner des troubles psychiques. En conséquence, au vu de l'ensemble des circonstances, les troubles évoqués par le recourant ne peuvent en aucun cas être mise en relation de causalité adéquate avec l'accident assuré, quand bien même un lien de causalité naturelle existerait. Dans ses écritures du 25 octobre 2007, le recourant persiste dans ses conclusions et produit un rapport établi par le Dr O \_\_\_\_\_ en date du 18 octobre 2007, aux termes duquel du point de vue psychiatrique, il présente dès la première consultation et encore actuellement un état anxio-dépressif important réactionnel aux séquelles neurologiques de son accident. Ces documents ont été communiqués à la SUVA. Dans ses dernières conclusions du 7 novembre 2007, cette dernière relève que le certificat produit dans le cadre de la procédure n'apporte rien de nouveau, sauf à dire que le recourant présente encore actuellement un état anxio-dépressif. La question de savoir si ces troubles sont en relation de causalité adéquate avec l'accident est une question de droit à laquelle un médecin ne saurait répondre. Les écritures de la SUVA ont été communiquées au recourant en date du 9 novembre 2007. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Interjeté dans les formes et délais prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). L'objet du litige consiste à déterminer si les troubles psychiques présentés par le recourant doivent être pris

en charge par l'intimé au titre des suites de l'événement accidentel du 28 avril 2005 et, le cas échéant, s'ils justifient l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406; FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [MEYER, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865) . 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, 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). Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2; 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références ; 115 V 405 consid. 4a). Par ailleurs, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (SVR 1995 UV no 23 p. 67 consid. 2, précité) ou d'un traumatisme cranio-cérébral. En effet, lorsque l'existence d'un tel traumatisme est établie, il faut, si l'accident est de gravité moyenne, examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se

fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 366 sv. consid. 6a et 382 sv. consid. 4b, sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a, dernier paragraphe; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv. consid. 3b). En revanche, dans les autres cas, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité doit se faire, pour un accident de gravité moyenne, sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa. Si les lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont toutefois reléguées au second plan par rapport aux problèmes d'ordre psychique, ce sont les critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa, et non pas ceux énumérés aux ATF 117 V 366 sv. consid. 6a et 382 sv. consid. 4b, qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 99 consid. 2a; RAMA 1995 p. 115 ch. 6). Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident de type « coup du lapin » ou de lésions traumatiques analogues, les principes énumérés aux ATF 117 V 366 sv. consid. 6a et 382 sv. consid. 4b ne sont de surcroît applicables que si ces affections ressortissent spécifiquement au tableau clinique d'un tel traumatisme et non pas lorsqu'elles constituent une affection indépendante. Avant de procéder à l'examen du lien de causalité adéquate, il convient d'examiner si les troubles psychiques en cause constituent de simples symptômes du traumatisme vécu ou si au contraire, ils expriment une atteinte à la santé (secondaire) indépendante. La délimitation entre ces deux cas de figure s'effectue notamment au regard de la nature et de la pathogenèse du trouble, de la présence de facteurs concrets étrangers à l'accident et du déroulement temporel (RAMA 2001 n° U 412 p. 79; voir aussi l'arrêt B. du 7 août 2002, U 313/01). En présence d'atteinte à la santé indépendante, le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident est examiné en regard des critères énumérés aux ATF 115 V 138 ss consid. 6 et 407 ss consid. 5. La jurisprudence a posé plusieurs critères pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence du lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée (ATF 115 V 133 et 403). En revanche, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, un accident grave est en effet propre à entraîner une telle incapacité. Enfin, en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; le degré et la durée de

l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa). L'appréciation de l'événement accidentel en fonction de ces critères objectifs permet d'affirmer ou de nier l'existence du lien de causalité adéquate (ATF 120 V 352 consid. 5b/aa p. 355; 117 V 359 consid. 6. p. 366). Le juge apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écartera pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 ss consid. 3b). En l'espèce, s'agissant du lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident, le Tribunal de céans constate que l'intimé a laissé la question indécise, dans la mesure où il a de toute façon nié la relation de causalité adéquate. Or, la réponse à cette question n'est pas dénuée de pertinence, dès lors que la causalité naturelle doit pouvoir être admise avant d'examiner si les affections en cause sont en relation de causalité adéquate avec l'accident. Le Tribunal de céans relève qu'après avoir dans un premier temps déclaré que le lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'événement accidentel était probable, le médecin conseil de l'intimé, à savoir le Dr P\_\_\_\_\_, l'a ensuite nié. De son côté, le Dr O\_\_\_\_\_ est d'avis que les troubles psychiques présentés par le recourant sont consécutifs à l'accident. Ensuite et surtout, du point de vue clinique, le Tribunal de céans considère que les troubles présentés par le recourant n'ont pas été suffisamment investigués. En effet, il convient de rappeler que l'examen de la causalité naturelle doit se fonder sur les faits et plus particulièrement les éléments médicaux à disposition. Selon les pièces du dossier, et plus particulièrement le résumé de l'observation du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 20 mai 2005, le recourant a subi un traumatisme crânien avec perte de connaissance, certes sans lésion organique intracérébrale objectivée lors de l'IRM du 21

mars 2006, si ce n'est une lésion pinéale. Si l'examen neurologique pratiqué le 16 juin 2006 par le Dr N\_\_\_\_\_ n'a pas mis en évidence de déficit neurologique significatif, le neurologue a indiqué en revanche que l'ensemble de la symptomatologie est à intégrer dans le cadre d'un état de stress chronique, auquel se rattachent aussi une labilité émotionnelle, des troubles du sommeil ainsi qu'un état anxieux et probablement dépressif larvé. Lors de l'examen effectué à l'agence de l'intimé le 9 mars 2006, le recourant s'est plaint, en plus des douleurs à la tête et au membre supérieur gauche, de troubles visuels ainsi que de troubles de la mémoire avec des absences. Bien que le Dr L\_\_\_\_\_ ait relevé que ces troubles n'avaient pas été encore investigués, il a conclu néanmoins cinq mois plus tard, dans son rapport du 20 août 2006, que les conséquences du traumatisme crânio-cérébral étaient éteintes, dès lors que l'assuré n'a plus utilisé de médicaments antalgiques depuis mi-juillet 2006. Ces conclusions n'emportent pas la conviction du Tribunal de céans, dès lors qu'il n'existe aucune documentation médicale à ce propos et que l'on ignore si le recourant souffre effectivement de troubles mnésiques, s'ils sont ou non une conséquence du traumatisme crânien et, le cas échéant, quelle est leur gravité, leur incidence sur la capacité de travail du recourant et jusqu'à quel moment ils pourraient entraîner la responsabilité de l'intimée. S'agissant enfin de l'état anxio-dépressif, le Dr O\_\_\_\_\_ l'a qualifié, dans son rapport du 26 janvier 2007, d'important, réactionnel aux séquelles neurologiques de l'accident. Cette symptomatologie anxieuse importante a été également relevée par le Dr P\_\_\_\_\_, psychiatre, médecin-conseil de l'intimé, dans son rapport du 14 mars 2007, qui a diagnostiqué en définitive un trouble hypocondriaque classé sous chiffre F45.2 de la CIM-10. Il mentionne d'autre part que la symptomatologie psychique touche de manière prédominante le registre des troubles somatoformes, associée à une dépression d'intensité légère et d'une anxiété par contre plus importante. Le Tribunal de céans constate toutefois que le Dr P\_\_\_\_\_ n'explique pas pourquoi il ne retient pas le diagnostic d'état anxio-dépressif. Enfin, le médecin de l'intimé évoque un processus d'invalidation et nie le lien de causalité, au motif que le traumatisme n'est qu'un facteur parmi d'autres déclencheurs de ce tableau clinique, sans toutefois préciser quels sont ces autres facteurs étrangers à l'accident et quel rôle ils auraient joué dans la genèse ou dans la persistance de ces troubles. Quant au médecin traitant du recourant, il indique qu'il n'y a pas d'autres éléments qui influencent l'affection psychiatrique dont souffre le recourant. Force est de constater que le dossier médical est lacunaire, faute de renseignement sur la nature et l'importance des troubles présentés par le recourant, notamment quant au trouble de la mémoire. Or, cette question est importante, notamment pour l'appréciation de la causalité adéquate au regard des critères dégagés par la jurisprudence en cas d'accident de gravité moyenne, plus particulièrement lorsqu'il s'agira de déterminer si la nature particulière des lésions physiques sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques (voir ATF 129 V 177 ; ATF non publié du 7 février 2008 en la cause U 18/07). Le Tribunal constate que les éléments médicaux du dossier sont insuffisants pour qu'il se prononce sur les troubles psychiques, de même que sur les conséquences du traumatisme crânien, tant du point de vue de la causalité naturelle que du lien de causalité adéquat. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'il procède à des investigations complémentaires, sous forme d'une expertise neuropsychiatrique et rende une nouvelle décision. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'occurrence à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPG). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet dans le

sens des considérants. Renvoie la cause à la SUVA afin qu'elle mette en œuvre une expertise neuropsychologique et rende une nouvelle décision. Condamne la SUVA à payer au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. 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); 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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