

LE REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/157/2014

ATAS/845/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 novembre 2015**

**9<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au LIGNON, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Jérôme PICOT

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 Didier ELSIG

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-  
Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le \_\_\_\_\_ 1963, ressortissant albanais (Kosovo), marié et père de trois enfants, nés en 1985, 1987 et 1991.
2. Le 18 octobre 2011, il a été victime d'un accident professionnel. Selon la déclaration à son assurance-accident du 20 octobre 2011, "*c'est en se passant une plaque de placo-plâtre avec un collègue que celle-ci a été mal réceptionnée et a tapé fortement l'œil droit*" de l'assuré. Il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par le biais de son employeur, B\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur), à Chêne-Bourg.
3. Par rapport médical du 15 décembre 2011, le docteur C\_\_\_\_\_, généraliste, médecin traitant de l'assuré, a indiqué lui avoir donné les premiers soins le jour de l'accident et avoir diagnostiqué une contusion à la tête, aux épaules ainsi qu'une entorse cervicale et constaté que la vision de l'assuré était gênée, qu'il présentait des vertiges, des douleurs à l'épaule et au thorax ainsi que des cervicalgies.
4. Par décision du 24 octobre 2011, l'assuré a été mis au bénéfice des prestations d'assurance de la SUVA, comprenant des indemnités journalières de CHF 172.90 par jour calendaire, dès le 21 octobre 2011.
5. Dans un rapport médical intermédiaire adressé par le Dr C\_\_\_\_\_ à la SUVA, réceptionné le 25 janvier 2012, celui-ci indique notamment la persistance de fortes douleurs cervicales. Selon lui, des facteurs étrangers à l'accident n'entraient pas en compte dans le processus de guérison. Il proposait qu'une IRM cervicale soit effectuée.
6. Selon un rapport de tomodensitométrie du 27 janvier 2012 établi par le docteur D\_\_\_\_\_, adressé au Dr C\_\_\_\_\_, l'assuré présentait un discret spondylolisthésis de C3, une discarthrose C4-C5 et C6-C7, une protrusion discale C3-C4 et C5-C6, sans effet compressif sur les racines sous-jacentes, une protrusion discale ostéophytaire C6-C7 de localisation médiane et paramédiane, sans contrainte avec les racines sous-jacentes, une discrète uncarthrose C3-C4 à gauche ne provoquant pas de rétrécissement significatif du canal radiculaire, pas de lyse osseuse et une sinusite maxillaire droite.
7. L'assuré a suivi un traitement de physiothérapie d'octobre 2011 à juin 2012.
8. Lors de son audition par la SUVA, le 15 mai 2012, l'assuré a détaillé son accident. Il devait poser des plaques de placo-plâtre. Son collègue soulevait les plaques à l'horizontale au moyen d'une machine sur roues et lui les vissait au plafond. Alors qu'il était penché en avant pour prendre sa visseuse au sol, une plaque de placo-plâtre, mesurant 2.5 m sur 1.25 m et 13 mm d'épaisseur, pesant 20 kg, avait glissé de la machine et lui était tombée dessus, au niveau de la colonne cervicale. Il était

tombé en avant en se faisant très mal à l'œil gauche. Il n'avait pas perdu connaissance, mais s'était senti "groggy" et avait eu mal derrière la tête et à la colonne cervicale. Son fils l'avait emmené chez son médecin. Il portait une minerve depuis février 2012 environ et avait effectué vingt-sept séances de physiothérapie.

9. Le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement remplaçant pour la SUVA, a examiné l'assuré le 29 mai 2012. Selon son rapport du même jour, il y avait peu d'évolution dans l'état de l'assuré, malgré la physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires. Ce dernier n'arrivait, selon ses dires, que difficilement à tourner la tête, à la baisser ou à la relever. Il n'y avait aucune amélioration dans son état depuis sept mois. Il avait des vertiges et très mal à la tête et au dos. Les douleurs étaient continues avec parfois des blocages au niveau de la nuque. Son sommeil était perturbé. Il prenait régulièrement du Dafalgan, d'autres médicaments dont il ne se souvenait plus du nom et des somnifères. Il n'avait pas eu de problèmes au niveau de la nuque avant son accident. Il portait en permanence une minerve souple ce qui le soulageait un peu. Une IRM n'avait pu être pratiquée en raison d'une claustrophobie de l'assuré. La tomodensitométrie ne montrait pas de lésion osseuse. L'examen clinique et les documents radiologiques ne permettaient pas de mettre en évidence une lésion organique chez l'assuré. Ses limitations fonctionnelles importantes s'expliquaient plutôt par une attitude d'évitement accompagnée d'une expressivité douloureuse très importante. Un séjour à la clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après : CRR) était souhaitable et accepté par l'assuré. Il convenait de pouvoir mieux évaluer d'éventuelles séquelles organiques du traumatisme et la part de non-organicité qui, dans ce cas, semblait jouer un rôle important et empêchait toute tentative de reprise du travail.
10. L'assuré a séjourné à la CRR du 20 juin au 17 juillet 2012. Selon l'avis de sortie, le diagnostic était : cervicalgies persistantes, contusion cervico-occipitale le 18 octobre 2011 et diabète type II. Le patient était invité à consulter urgemment un diabétologue à sa sortie. L'incapacité de travail était de 100 % du 20 juin au 12 août 2012, de 75 % du 13 au 26 août 2012, de 50 % du 27 août au 9 septembre 2012, de 25 % du 10 au 23 septembre 2012 et de 0 % dès le 24 septembre 2012. Le patient était d'accord. Un changement de profession n'était pas indiqué.
11. Le 20 juillet 2012, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'au vu des renseignements médicaux en sa possession et de l'avis des médecins de la CRR, elle lui reconnaissait une capacité de travail de 25 % du 13 au 26 août 2012, de 50 % du 27 août au 9 septembre 2012, de 75 % du 10 septembre au 23 septembre 2012 et de 100 % dès le 24 septembre 2012. Les indemnités journalières seraient versées conformément à ces indications.
12. L'assuré a été licencié par courrier du 27 juillet 2012 pour le 31 août 2012.
13. Par rapport du 31 juillet 2012, la CRR a détaillé la prise en charge de l'assuré au médecin-conseil de la SUVA. Le diagnostic principal était : thérapies physiques et

---

fonctionnelles pour cervicalgies et céphalées chroniques. Au titre de diagnostics supplémentaires étaient mentionnés une contusion cervico-occipitale le 18 octobre 2011, des troubles dégénératifs cervicaux, une discarthrose C4-C5 et C6-C7 et un diabète de type II. Étaient joints un rapport de physiothérapie, des examens de laboratoire et une radio de la colonne cervicale du 22 juin 2012.

Selon ce rapport, le scanner de la colonne cervicale du 27 janvier 2012 montrait une légère discarthrose C4-C5 et C6-C7, une minime protrusion discale C3-C4, C5-C6 et C6-C7, sans contrainte avec les racines sous-jacentes. Les clichés fonctionnels en flexion et extension et les incidences obliques de la colonne cervicale du 22 juin 2012 ne montraient pas de signe d'instabilité. Le médecin faisait état de quelques signes dégénératifs.

Le patient avait été présenté au consultant psychiatre le 26 juin 2012. Il n'était pas retenu de diagnostic psychiatrique ni de franchises croyances, mais un patient plutôt demandeur d'explications quant à l'origine de ses douleurs qui conditionnaient un comportement général d'autolimitation et d'hypervigilance par crainte de la douleur. La thymie était bonne, même s'il décrivait une baisse du moral due à la douleur. Sur conseil du consultant psychiatre, les médecins avaient progressivement sevré le Tryptisol. On pouvait s'attendre à une reprise de travail difficile chez un patient centré sur ses douleurs. L'importance de la symptomatologie annoncée ne pouvait être expliquée entièrement par les constatations radiologiques. La capacité de travail dans l'activité de plâtrerie-peinture était de 0 % jusqu'au 12 août 2012, 25 % du 13 au 26 août 2012, de 50 % du 27 août au 9 septembre 2012, de 75 % du 10 septembre au 23 septembre 2012 et de 100 % dès le 24 septembre 2012. Les indemnités journalières seraient versées conformément à ces indications.

14. Par courrier du 13 août 2012, l'employeur a expliqué que l'assuré s'était présenté le même jour pour travailler à 25 %. L'entreprise l'avait emmené sur un chantier, mais il avait été rapidement constaté que l'assuré ne pouvait pas effectuer un travail de placo-plâtre. Il ne pouvait pas monter sur une échelle et le fait de lever la tête lui donnait des vertiges. Devant le risque d'un nouvel accident, les parties s'étaient entendues pour qu'il retourne à son domicile dans l'attente de la prise de position de son médecin.
15. A la demande du Dr C\_\_\_\_\_, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a reçu l'assuré. Selon son rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2012, l'assuré lui avait indiqué avoir reçu des plaques sur la tête, soit un choc assez violent pour le projeter par terre et provoquer une perte de connaissance semblait-il. Son collègue l'avait cru mort. Il avait mal à la tête tous les jours dans la région occipitale et présentait des vertiges itératifs. Un scanner cervical ne montrait rien de particulier si ce n'est l'inversion de la lordose cervicale et des troubles générateurs dégénératifs sans plus. Le patient paraissait abattu, soupirant, ralenti dans sa gestuelle, fortement diminué dans la mobilité de sa nuque avec une rotation à 10 à 20° des deux côtés, de même qu'en flexion ou extension. La palpation de sa nuque était quasiment impossible. L'exercice de la force des membres supérieurs et inférieurs était aléatoire et

inconstant. Les réflexes ostéotendineux étaient présents et symétriques. Le Romberg était stable, l'Unterberger était difficile à estimer. La marche était plutôt ralentie. Le patient était un peu absent, le regard dans le vague. L'anamnèse n'était pas toujours précise. Selon son appréciation, le patient souffrait d'un syndrome post-traumatique, comprenant des douleurs persistantes, des vertiges, une incompréhension de son état alors qu'avant l'accident, il avait, disait-il, toujours travaillé régulièrement depuis 30 ans. Il suggérait une introduction à tricyclique de type Tryptizol le soir, un apport par acupuncture et de revoir le patient d'ici deux mois. La question d'un complément de bilan par IRM charnière et médullaire cervicale pouvait se poser bien qu'il n'y ait pas de signe neurologique pour une complication centrale (il existait des IRM ouvertes). Une consultation transculturelle de la médecine de premier recours pourrait être utile dans ce contexte, qui apparaissait lourd à porter pour le patient. En conclusion, il diagnostiquait un syndrome douloureux persistant cervical, une année après un traumatisme sous-occipital.

16. Le 10 septembre 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué à la SUVA qu'il y avait peu d'amélioration et que le pronostic était mauvais. Il voyait son patient une à deux fois par mois.
17. Le 4 octobre 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré était encore totalement incapable de travailler et que le traitement était toujours en cours.
18. Le 12 octobre 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a procédé à un examen de l'assuré. Celui-ci se plaignait de maux de tête et de vertiges. Le séjour à la CRR avait été très négatif selon lui. Il n'avait bénéficié d'aucune amélioration pendant ce séjour. Il avait fréquemment des douleurs qui entraînaient un blocage au niveau de la nuque. Il avait des fourmillements dans le bras droit ainsi que dans le MID. Il prenait des médicaments, soit du Tilur, Dafalgan, Sirdalud et de la crème Talval. Depuis son séjour à la CRR, il ne portait plus la minerve, sur recommandation des médecins. Il était pourtant très soulagé par cet accessoire.

Il ressortait des constatations du médecin que le patient était accompagné d'un ami qui le soutenait, qu'il se déplaçait lentement, avec une forte expressivité douloureuse. Tous les mouvements étaient exécutés avec lenteur. La gestuelle était très restreinte, plus particulièrement du côté droit. La mobilité de la nuque était très restreinte et la moindre sollicitation déclenchait des douleurs avec forte expressivité. Il en allait de même pour la mobilisation des membres. Les réflexes ostéo-tendineux étaient présents avec une réponse très faible. La force au serrage manuel était fortement réduite, avec 12 kg à droite et 14 kg à gauche. On n'objectivait pas de trouble de l'équilibre en station verticale. Le dossier radiologique ne comprenait pas de nouveaux clichés. On se trouvait à une année d'un traumatisme de la colonne cervicale, survenu dans un terrain de troubles dégénératifs (discarthrose et protusion discale, sans compression radiculaire). L'examen clinique n'était pas contributif en raison de réactions d'évitement. Les constatations radiologiques n'expliquaient pas non plus les plaintes actuelles qui

relevaient essentiellement d'éléments de non-organicité. Sous réserve de nouveaux éléments mis en évidence par les examens prévus par le Dr F\_\_\_\_\_, on s'acheminait vers un statu quo au plus tard à la fin de novembre.

19. Par décision du 25 octobre 2012, la SUVA a mis un terme aux prestations d'assurance au soir du 15 octobre 2012 (indemnités journalières et frais de traitement), considérant que l'accident ne jouait plus aucun rôle dans les troubles présentés au-delà de cette date. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, qui avait examiné l'assuré le 12 octobre 2012, les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident mais étaient exclusivement de nature malade. L'effet suspensif de l'opposition était retiré.
20. Par courrier du 30 octobre 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué à la SUVA que l'assuré faisait opposition à sa décision. Il souffrait d'un syndrome post-traumatique avec des céphalées sévères, des vertiges et un ralentissement psychomoteur. Un traitement était en cours chez le Dr F\_\_\_\_\_. Le patient avait déjà essayé de reprendre son travail auprès de son employeur qui avait fait un rapport négatif le 13 août 2012.
21. Le 16 novembre 2012, la SUVA a confirmé sa position après avoir soumis le certificat du Dr C\_\_\_\_\_ à son médecin-conseil.
22. L'assuré a complété les motifs de son opposition le 26 novembre 2012 par le biais d'un avocat. Il se plaignait toujours de très fortes douleurs et d'importants troubles de la mémoire. Il était en totale incapacité de travailler. La cessation du paiement des indemnités journalières le plongeait dans le dénuement. Sa situation était exclusivement due à l'accident. Il sollicitait la restitution de l'effet suspensif.
23. L'assuré a encore complété son opposition le 6 mai 2013. Il maintenait ses conclusions et invitait la SUVA à surseoir à statuer jusqu'à la production de nouvelles pièces médicales qui devaient lui parvenir prochainement.
24. Par décision incidente du 5 juillet 2013, la SUVA a rejeté la requête en rétablissement de l'effet suspensif.  
L'assuré n'a pas interjeté recours contre cette décision.
25. Le 6 août 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré était toujours incapable de travailler à 100%.
26. Le recourant a produit à la SUVA le 22 novembre 2013 :
  - une lettre de sortie du département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 6 juin 2013, pour un séjour du 8 mai au 5 juin 2013. Le diagnostic principal consistait en des troubles moteurs dissociatifs, avec mouvements et mutisme hystérique (F44.4). Il s'agissait d'une première hospitalisation en placement à des fins d'assistance médicale pour troubles du comportement à type de mutisme, mouvements étranges des mains et incapacité de communication, d'apparition subaiguë. Sous la rubrique éléments

anamnestiques, il est mentionné qu'outre les céphalées développées suite à un accident en 2011, le patient avait de 2011 à 2013, avait développé une certaine tristesse et une diminution de ses activités sociales en restant toutefois capable de communiquer et sans présenter de mouvements anormaux. Durant le mois précédent, le patient avait développé un tableau mutique et des mouvements de rotation des poignets et des doigts qui semblaient volontaires. Il restait cependant capable de réaliser les activités de la vie et ne développait pas un véritable tableau confusionnel (ne se perdait pas, s'habillait seul, etc.). Aucun événement déclenchant particulier ne semblait avoir été identifié. Au niveau social il se trouvait dans des démarches judiciaires. La famille avait fait appel à un avocat pour faire opposition au refus de prise en charge de la SUVA. Le patient avait consulté, sur conseil de son généraliste, pour des céphalées de tension, un neuropsychologue qui avait mis en évidence le tableau clinique actuel et l'avait adressée aux urgences psychiatriques. Un bilan neurologique complet avait été effectué, incluant un scanner cérébral et un EEG qui se révélait sans anomalie. Une IRM cérébrale se révélait être sans particularité, excepté des séquelles ischémiques cérébelleuses ne pouvant pas expliquer ou justifier la symptomatologie. Le bilan neurologique était complété par une ponction lombaire à la recherche d'une encéphalite auto-immune, qui pouvait également être écartée. Selon le Dr G\_\_\_\_\_, neurologue, il n'y avait pas d'origine neurologique au tableau clinique. Sur le plan psychique, l'évolution était quasi nulle. La famille du patient ayant exprimé le désir de s'occuper de celui-ci, le retour à domicile avait été organisé avec un suivi à la consultation de la Servette.

- un certificat médical du Dr C\_\_\_\_\_ du 13 novembre 2013 faisant mention d'un suivi psychiatrique du patient auprès d'un centre de thérapies brèves (ci-après : CTB).

27. Par décision sur opposition du 4 décembre 2013, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et précisé qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif. Les différentes investigations médicales mises en œuvre n'avaient permis de déceler d'atteintes ayant un fondement organique dans le sens d'une altération structurelle. Compte tenu des limitations fonctionnelles importantes et de l'attitude d'évitement constatées chez l'assuré, la SUVA était en droit de considérer que les plaintes de celui-ci constituaient de simples troubles diffus, sans rapport de causalité naturelle avec le sinistre assuré.

La causalité adéquate devait être analysée selon la jurisprudence développée en matière de troubles psychiques. Le sinistre assuré était à classer tout au plus dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, mais à la limite des banalités. Les critères nécessaires à l'établissement d'un lien de causalité entre les troubles et l'accident n'étaient pas remplis.

Copie de la décision était adressée à l'assureur maladie compétent.

28. Le 20 janvier 2014, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 4 décembre 2013.

Il a conclu, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif, à l'audition du recourant, de son ancien employeur, de sept médecins, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une ou plusieurs expertises. Sur le fond, il demandait, principalement, l'annulation de la décision de la SUVA, le constat que les troubles présentés après le 15 octobre 2012 étaient dans un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident professionnel du 15 octobre 2011. La SUVA devait être condamnée à prendre en charge les prestations d'assurance.

Il se référait à l'opposition et ses trois compléments. Des faits nouveaux étaient survenus depuis la décision. Son état de santé se péjorait de jour en jour. Il avait perdu toute autonomie dans son existence et se trouvait dans un état quasi-végétatif. Le traitement suivi depuis le mois d'août 2013 auprès du CTB ne permettait pas d'améliorer son état. Une demande était en cours auprès de l'assurance-invalidité.

La SUVA avait violé le droit en niant tout lien de causalité, après le 15 octobre 2012 entre les troubles présentés par l'assuré et l'accident. L'intimée se fondait sur une IRM du 27 janvier 2012. Or, celle-ci n'avait pas pu être pratiquée en raison de la claustrophobie de l'assuré. La SUVA n'était donc pas en droit, pour ce seul motif, d'exclure tout lien de causalité. La qualification de gravité moyenne de l'accident n'était pas contestée, mais l'application des critères jurisprudentiels faite par la SUVA était erronée. Le déroulement de l'accident était impressionnant. Le recourant avait été violemment percuté par la machine qu'il manipulait (un lève-plaques) et avait perdu connaissance. De très nombreuses complications étaient apparues au cours du processus de guérison, ce que les enquêtes devraient établir. Il n'était pas possible d'affirmer que les lésions n'étaient pas graves, en l'absence d'une IRM et d'un scanner. Aucun élément ne permettait, à ce stade du dossier, d'exclure une erreur dans le traitement médical, ce qu'une expertise devrait établir, au vu de la très grande dégradation, notamment psychique, de son état. La SUVA n'était pas en droit de considérer que le lien de causalité n'était pas rempli et avait omis de prendre en compte des faits pertinents.

29. Par réponse du 6 février 2014, la SUVA a conclu, sur effet suspensif, au rejet de la demande de restitution et, au fond, au rejet du recours. Le Dr E\_\_\_\_\_ et la CRR s'accordaient sur le fait qu'un statu quo était intervenu entre septembre et octobre 2012. La CRR avait préconisé une reprise progressive du travail de plâtrier-peintre. Quant au praticien, il avait indiqué que le statu quo était intervenu à fin octobre 2012. Il n'y avait plus lieu pour l'intimée de prendre en charge de plus amples prestations.

L'examen de tomodensitométrie était médicalement reconnu et permettait pleinement d'apprécier la situation. Il avait certes été utilisé à la place d'une IRM, mais cela n'impliquait pas que le résultat était d'une qualité inférieure. Aucun médecin n'avait émis de remarque sur un examen radiologique incomplet ou

---

entaché d'un vice sérieux qui en réduirait fortement la signification. De surcroît, la CRR et le Dr E\_\_\_\_\_ ne s'étaient pas contentés dudit examen pour parvenir à leurs conclusions. Ils s'étaient basés sur une anamnèse complète et avaient procédé à un examen de l'assuré dans les règles de l'art. Les constatations avaient été à ce point approfondies qu'elles avaient permis de découvrir le diabète. Les différentes investigations médicales mises en œuvre avaient exclu un fondement organique aux atteintes de l'assuré. Une incapacité de travail liée à de tels troubles ne pouvait pas être reconnue. Dans leur rapport récent du 6 juin 2013, faisant état de nouveaux examens, les HUG confortaient la position de la SUVA.

Concernant la causalité naturelle, s'agissant des plaintes d'ordre psychique, elle ne semblait pas donnée. Le rapport des HUG mentionnait qu'aucun élément déclenchant particulier n'avait été identifié. La causalité adéquate n'était manifestement pas donnée. Aucun des critères jurisprudentiels n'était rempli.

La SUVA s'opposait fermement à l'audition des nombreux témoins sollicités par le recourant. La requête était téméraire et inutile. Les médecins avaient déjà eu l'occasion de se prononcer par le biais de rapports médicaux et l'employeur n'était pas présent au moment de l'accident. Le recourant avait été entendu peu après l'accident. Le dossier était complet et une expertise était inutile.

30. Par arrêt incident du 7 mars 2014, la chambre de céans a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif.
31. Le recourant a relevé, le 20 juin 2014, que pour la première fois l'intimée avait reconnu la violence du choc et des circonstances de l'accident du 18 octobre 2011. Avant l'accident, il était encore jeune, menait une existence heureuse et ne présentait aucun problème médical. Son état se péjorait de jour en jour. Il atteignait un stade quasi-végétatif et avait besoin de l'aide de ses proches pour tous les actes de la vie quotidienne. L'intimée admettait qu'une IRM aurait dû être effectuée. L'audition des médecins C\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ étaient nécessaires.
32. Le 7 juillet 2014, l'intimée a contesté avoir reconnu la gravité de l'accident ou le manque d'une IRM. Le retour au *statu quo sine vel ante* ne signifiait pas que l'assuré était apte à travailler, mais seulement que l'accident ne jouait plus de rôle dans les troubles constatés et que ceux-ci étaient désormais d'ordre dégénératif. La causalité naturelle faisait défaut pour autant que les troubles du recourant fussent établis. Le principe *post hoc ergo propter hoc* ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales. Les Drs C\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ n'avaient pas analysé en détail la question du lien de causalité, contrairement au Dr E\_\_\_\_\_ et aux médecins de la CRR qui avaient approfondi cet aspect et tenu compte des troubles dégénératifs. L'audition du recourant et des médecins était superflue.
33. Par ordonnance du 1<sup>er</sup> octobre 2014, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier de l'OAI, qui s'est exécuté le 9 octobre 2014. Il en ressort les faits suivants :

- Par demande du 6 juin 2012, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations de mesures professionnelles/rentes en raison d'une incapacité de travail à 100 % depuis le 18 octobre 2011, suite à un accident lors duquel il avait été atteint à la tête et la nuque.
- Le 23 juillet 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a envoyé un rapport à l'OAI, dans lequel il indique que la cause de l'incapacité de travail de l'assuré résultait d'un accident du 18 octobre 2011. Le diagnostic avec effet sur la capacité de travail était : entorse cervicale, TC, vertiges. Il suivait le patient depuis lors à ce jour. Il y avait une incapacité de travailler à 100 % dans l'activité de plâtrier, peintre, plaquiste, pour une durée indéterminée. Les restrictions physiques étaient : blocage nuque, port charge, travail bras dessus épaules impossible, vertiges. Il ne pouvait pas travailler dans cet état. D'un point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.
- Selon un rapport d'évaluation établi le 24 juillet 2012 par l'OAI, suite à un entretien avec l'assuré du même jour, ce dernier était arrivé du Kosovo en 1983 et son épouse était au bénéfice d'une rente entière dès 2011 pour dépression sévère. L'assuré avait suivi sa scolarité au Kosovo sans obtenir de diplôme. Il avait travaillé en Suisse dès l'âge de 20 ans. Il se sentait incapable de se projeter dans l'avenir et en particulier de reprendre une quelconque activité en raison des douleurs ressenties en permanence à la tête. Le rédacteur du rapport indiquait qu'il était perplexe, ne sachant pas si l'assuré faisait du cinéma ou souffrait réellement. Sa gestuelle paraissait un peu théâtrale, mais il s'exprimait avec détermination et clairement. Il proposait d'attendre le rapport de son séjour à la CRR pour mettre en place un stage d'observation éventuel.
- Selon un rapport du 6 août 2012 du docteur I\_\_\_\_\_ et de la doctoresse J\_\_\_\_\_ du département d'imagerie diagnostique et interventionnelle de l'Hôpital du Valais adressé à la CRR, il avait été procédé à une "CR" de la colonne cervicale de l'assuré (debout, oblique, antéflexion et rétroflexion), le 22 juin 2012, pour déterminer, vu les cervicalgies persistantes depuis la contusion cervico-occipitales du 18 octobre 2011, s'il y avait des signes d'instabilité cervicale. Sous "description", ces médecins mentionnaient : pas d'évidence de lésion traumatique osseuse, bon alignement interfacettaire, pas de rétrécissement des trous de conjugaison, pas d'apparition d'anté ou de rétrolisthésis lors de la position en antéflexion ou rétroflexion de la colonne cervicale. Disarthrose C6-C7 avec petit ostéophyte antéro-inférieur du bord vertébral de C6, pas de tuméfaction des tissus mous pré-vertébraux.
- Selon un rapport du service médical régional AI (SMR) du 22 novembre 2012, écrit à la main et peu lisible, l'état de l'assuré n'était pas stabilisé.

- Le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué le 26 novembre 2012 dans un questionnaire de l'OAI que la cause de l'incapacité de travail était un accident survenu le 18 octobre 2011, qui avait causé un syndrome post-traumatique. Il avait reçu le patient à une reprise le 1<sup>er</sup> octobre 2012. Il y avait une incapacité de travail de 0 % dès le 18 octobre 2011. L'activité exercée jusqu'alors n'était pas exigible. Le rendement était réduit en raison d'un état neuropsychologique incompatible avec une activité professionnelle. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas à même de réduire les restrictions du patient. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ni à une amélioration de sa capacité de travail. Il suggérait un examen psychiatrique pour le syndrome post-traumatique.
- Selon un rapport intermédiaire adressé le 8 février 2013 par le Dr C\_\_\_\_\_ à l'OAI, l'état de santé du patient s'était aggravé avec changement dans les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail depuis novembre 2012. Il mentionne un ralentissement psycho-neurologique et un choc post-traumatique. Les limitations fonctionnelles étaient : "toutes, port de charge, station debout, état dépressif, repli sur soi".
- Selon un rapport médical intermédiaire établi le 12 juillet 2013 par un médecin du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, il y avait des changements dans les diagnostics : trouble moteur dissociatif, stupeur dissociative, psychose non organique sans précision, constatés pendant la période d'hospitalisation du 8 mai au 5 juin 2013. L'hétéro-anamnèse permettait d'identifier une dégradation de l'état clinique de l'assuré depuis février 2013. Les limitations fonctionnelles étaient un état de mutisme et de troubles moteurs d'origine dissociative qui interféraient dans le déroulement des activités de la vie quotidienne. Une prise en charge psychiatrique était nécessaire. Une reprise de travail n'était pas possible actuellement en raison de l'absence d'évolution clinique et de réponses aux traitements médicamenteux prescrits. L'absence d'une cause organique au tableau clinique présent rendait difficile la prise en charge du patient.
- Le docteur K\_\_\_\_\_, psychiatre à la clinique Corela, a été mandaté par l'Avenir assurance maladie SA pour un deuxième avis médical et détection précoce. Dans un rapport du 11 octobre 2013, il indique avoir examiné le patient le 11 octobre 2013. Ce dernier était en incapacité totale de travail pour motifs de maladie depuis le 16 octobre 2012, l'assurance accidents ayant cessé sa prise en charge de l'événement au 15 octobre 2012. Le 28 août 2013, une expertise de rhumatologie avait été réalisée par le docteur L\_\_\_\_\_, médecine interne et rhumatologie, durant laquelle il avait été difficile d'effectuer un examen clinique, en raison des troubles neurologiques dont souffrait l'intéressé. Comme diagnostic incapacitant, l'expert retenait uniquement des troubles neuropsychiatriques d'étiologie indéterminée.

- 
- Selon un rapport intermédiaire adressé le 11 novembre 2013 par le Dr C\_\_\_\_\_ à l'OAI, l'aggravation de l'état de santé du patient influençant la capacité de travail : "repli sur soi, tr. personnalité" était devenue manifeste et avait influencé négativement la capacité de travail en septembre 2013. Les limitations observées étaient : "toutes, patient complètement déconnecté, difficulté à communiquer".
  - Il ressort d'un avis de la doctoresse M\_\_\_\_\_, médecin SMR du 2 décembre 2013 qu'actuellement, c'était l'aspect psychiatrique qui semblait prépondérant.
  - Dans un rapport du 27 janvier 2014, la Dresse M\_\_\_\_\_ a indiqué que l'atteinte principale à la santé était : troubles moteurs dissociatifs avec mouvements et mutisme hystérique. Les pathologies associées du ressort de l'AI étaient : cervicalgies et céphalées chroniques sur troubles dégénératifs cervicaux et discarthrose C4-C5 et C5-C6. Les diagnostics associés non du ressort de l'AI étaient : status après contusion cervico-occipital. Probable trouble de la lignée somatoforme. Limitations fonctionnelles : mutisme, impossibilité de communiquer, compréhension limitée, repli sur soi, prostration, gestes stéréotypés, anxiété.
  - Le 30 septembre 2014, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2012, constatant qu'il était en incapacité de travail complète dans son activité professionnelle depuis le 18 octobre 2011 avec une exigibilité nulle dans toute activité de la même date.
34. Un délai a été octroyé aux parties pour faire leurs observations à la suite du versement du dossier de l'OAI à la procédure.
35. L'intimée a, par courrier du 22 janvier 2015, relevé que le dossier de l'OAI et en particulier les rapports médicaux des 27 janvier et 11 mars 2014 de la Dresse M\_\_\_\_\_ du SMR, attestaient clairement de l'absence de troubles physiques, ce qui confortait sa position. Ainsi, la rente invalidité octroyée par l'OAI au recourant reposait uniquement sur une atteinte d'ordre psychique. Le lien de causalité naturelle faisait défaut. En effet, le rapport médical des HUG du 6 juin 2013 relevait que les troubles psychiatriques de l'assuré n'avaient pas d'origine particulière et qu'il n'y avait pas eu d'élément déclenchant. Ce n'était dès lors pas l'accident du 18 octobre 2011 qui avait causé les plaintes de l'assuré. Il n'existait pour le surplus aucun lien de causalité adéquate, comme il l'avait déjà motivé. A l'évidence, une plaque de plâtre heurtant le dos d'un ouvrier n'était pas propre à entraîner une forme d'hystérie complète et grave, avec mutisme. Ainsi, soit le recourant simulait, soit ses plaintes n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 18 octobre 2011. Dans les deux cas, la CNA n'avait pas à prester. Il y avait lieu de relever que l'assuré semblait bénéficier de prestations d'une assurance perte de gains maladie. Cet assureur avait donc également considéré que les troubles du recourant étaient de nature malade.
36. Le recourant n'a, pour sa part, pas transmis d'observation à la chambre de céans.

37. Des questions complémentaires ont été posées par la chambre de céans aux Drs F\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, par courriers du 5 mars 2015.
38. Le 13 mars 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'avait vu le patient qu'à une seule reprise et qu'il n'avait rien à ajouter aux rapports qu'il avait transmis à son sujet, notamment à l'OAI et au médecin traitant.
39. Le 11 mars 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il lui était impossible de répondre aux questions posées et car il n'était plus en charge du patient depuis le 16 octobre 2014, date à laquelle il avait arrêté les soins psychiatriques.
40. Le 17 avril 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué, notamment, que son patient avait vu son état psychique s'aggraver avec une décompensation totale et une hospitalisation avec troubles de la personnalité et repli de soi avec mutisme depuis 2013. Ces limitations fonctionnelles étaient liées à un état psychique ralenti et des troubles psychologiques. Son état de santé était identique depuis 2012. Il s'était dégradé à partir de l'accident. Le patient n'avait aucun trouble psychologique auparavant. Il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident.
41. Par courrier des 6 et 15 mai 2015, les parties ont persisté dans leurs conclusions.
42. Par courrier du 28 août 2015, la chambre de céans a demandé au Dr F\_\_\_\_\_ s'il estimait, au vu du résumé des éléments pertinents du dossier, qu'une IRM charnière et médullaire cervicale serait à même d'établir un déficit fonctionnel organique chez l'intéressé ou si les examens auxquels il avait déjà été soumis étaient suffisants pour tirer la conclusion de l'absence d'un tel déficit.
43. Le 8 septembre 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a répondu qu'au vu des éléments résumés, il craignait qu'une IRM charnière et médullaire cervicale ne soit pas à même d'établir un déficit fonctionnel organique tenant compte du fait que le seul examen neurologique qu'il avait effectué le 1<sup>er</sup> octobre 2012 ne donnait pas d'argument pour une myélopathie et que les examens effectués par la suite ne semblaient pas plus démontrer d'argument pour une compression médullaire, voire une instabilité cervicale. Par contre, prédominaient dans le tableau des éléments d'ordre neuropsychologique, voire psychiatrique post-traumatiques. Il ne pensait pas que l'IRM charnière au médullaire permettrait d'en préciser la nature. Il n'encourageait donc pas ce complément de bilan.
44. Le 6 octobre 2015, le recourant a indiqué ne pas avoir d'observations particulières à formuler suite au courrier du Dr F\_\_\_\_\_. Il relevait toutefois que ce dernier mettait seulement en évidence que les troubles neurologiques, voire psychiatriques, dont qu'il souffrait depuis l'accident étaient qualifiés de post-traumatiques par le médecin précité. Il souhaitait, après des années de combat judiciaire, qu'une décision soit enfin rendue dans les plus brefs délais.
45. Le 6 octobre 2015, l'intimée a indiqué que l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ n'appelait guère de commentaires, si ce n'est qu'elle prenait bonne note qu'un complément de bilan par IRM charnière et médullaire cervicale était inutile.

46. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La compétence de la chambre de céans a déjà été examinée dans l'arrêt incident du 7 mars 2014.

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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, 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, compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier selon l'art. 38 al. 4 let. c LPGA.

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 4 décembre 2013, à supprimer le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents avec effet au 15 octobre 2012 et, en particulier, si c'est à juste titre qu'elle a nié le rapport de causalité naturelle et adéquate entre les troubles du recourant dès cette date et le sinistre assuré.

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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6. a. Il y a un lien de causalité naturelle lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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. 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 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le 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*; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, 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.

b. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

7. a. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 456 consid. 5a et les références).

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 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

b. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des 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 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6). 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 (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2).

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) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b).

Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus.

Ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_354/2011 du 3 février 2012), une chute d'ascenseur sur deux étages (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 204/00 du 30 avril 2001), 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 338/05 du 1er septembre 2006), un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03 du 23 septembre 2004).

Le Tribunal fédéral a considéré qu'un accident impliquant une voiture roulant à moins de 50 km/h pouvait être qualifié d'accident de gravité moyenne en l'absence de circonstances particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3).

Un accident impliquant une collision par l'arrière du véhicule de l'assuré qui a été projeté sur une distance de 15 m doit être considéré comme un accident de gravité

moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2).

A été considéré comme un accidents moyen, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture et une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 88/98 du 7 juin 1999).

c. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
- l'intensité des douleurs ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b).

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 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références).

d. Le Tribunal fédéral a admis le critère de « circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident », s'agissant d'un important carambolage sur l'autoroute; d'une collision

entre une voiture et un camion dans un tunnel d'autoroute avec nombreux heurts contre le mur du tunnel; d'une collision entre une voiture et un semi-remorque, suite à laquelle le conducteur du semi-remorque n'ayant pas remarqué le véhicule dans lequel se trouvait l'assuré l'avait poussé sur une longue distance (300 m de côté); et encore, d'une importante embardée d'un véhicule qui a perdu une roue sur l'autoroute alors qu'il circulait à haute vitesse, avec plusieurs tonnes et projection d'un passager hors du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_817/2009 du 26 mars 2010 et les références).

Ce caractère a, en revanche, été nié par le Tribunal fédéral dans le cas d'un travailleur victime d'un accident dans les circonstances suivantes : une lourde pierre s'était détachée d'un mur haut de 2,7 m d'un immeuble en démolition et avait percuté le dos du travailleur, puis la cheville gauche, alors qu'il s'apprêtait à franchir une fenêtre; le choc l'avait projeté en avant et il s'était trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre. Il a également été nié dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 3 à 4 m et d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 m dans une fouille (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 603/2006 du 7 mars 2007 et les références).

e. Nonobstant ce qui précède, même en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral - si les symptômes (non psychiques) du tableau clinique sont réellement à l'arrière-plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques, ou si ces troubles psychiques apparaissent très tôt de manière prédominante, soit dans un délai maximum de six mois, ou si l'accident n'a fait que renforcer des troubles psychiques qui étaient déjà présents avant cet événement, ou encore lorsque les troubles psychiques constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante et non seulement l'un des éléments du tableau clinique type (ATF 123 V 98 consid. 2) - il convient d'appliquer, dans les cas d'accidents de gravité moyenne, les critères objectifs tels que définis à l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et à l'ATF 115 V 403 consid. 5c/aa, au regard des seules atteintes somatiques, soit :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- 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;
- 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.
8. a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par

l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

c. L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 117 V 359 consid. 4b).

Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4).

Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type « coup du lapin », l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont

---

difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5).

9. 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 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).a. La première question à trancher est de déterminer s'il a un lien de causalité naturelle entre l'accident du 18 octobre 2011 et les troubles présentés par le recourant à partir du 16 octobre 2012.
11. a. En l'espèce, ni la tomодensitométrie effectuée le 27 janvier 2012 par le Dr D\_\_\_\_\_, ni le CR de la colonne cervicale de l'assuré, effectué le 22 juin 2012 à l'Hôpital du Valais sur mandat de la CRR, n'ont mis en évidence une lésion organique chez l'assuré, comme l'ont constaté les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ et les médecins de la CRR.

Le Dr C\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a demandé à la SUVA en janvier 2012 qu'une IRM cervicale soit effectuée.

En mai 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé qu'une IRM n'avait pu être pratiquée en raison d'une claustrophobie de l'assuré et qu'il convenait de pouvoir mieux évaluer d'éventuelles séquelles organiques du traumatisme et la part de non-organicité qui, dans ce cas, semblait jouer un rôle important et empêchait toute tentative de reprise du travail.

En octobre 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que la question d'un complément de bilan par IRM charnière et médullaire cervicale pouvait se poser bien qu'il n'y ait pas de signe neurologique pour une complication centrale, en précisant qu'il existait des IRM ouvertes.

Si les avis médicaux qui précèdent pouvaient laisser penser qu'une IRM charnière et médullaire cervicale aurait peut-être pu mettre en évidence un déficit fonctionnel organique chez l'assuré, la nécessité de cet examen peut être écartée, au vu du courrier du Dr F\_\_\_\_\_ du 8 septembre 2015, dont il ressort que cet examen ne serait probablement pas à même d'établir un déficit fonctionnel organique. L'absence d'un déficit fonctionnel organique peut être ainsi retenue, avec un degré de vraisemblance prépondérante.

b. Les lésions de l'assuré pourraient en l'espèce éventuellement être assimilées à des lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », traumatisme analogue ou traumatisme crano-cérébral pour lesquels la jurisprudence retient l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, en présence d'un tableau clinique typique. Cette question n'a toutefois pas à être tranchée, dès lors que même si l'on retenait cette hypothèse, le rapport de causalité adéquate entre l'évènement du 18 octobre 2011 et les troubles de l'assuré après le 15 octobre 2012 devraient être niés pour les raisons qui suivent.

L'évènement du 18 octobre 2011 doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, comme l'admet le recourant. Il ne se situe pas à la limite des accidents graves, n'étant pas comparable - en dépit du poids conséquent de la plaque de placo-plâtre (20 kg), qui a été mal réceptionnée d'un collègue, sans toutefois tomber de haut - à une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture et une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule, qui a été considéré comme tel par le Tribunal fédéral. Les circonstances concomitantes de l'évènement en cause ne peuvent être qualifiées de particulièrement dramatiques, dès lors que l'assuré, selon ses déclarations à la SUVA du 15 mai 2012, après avoir reçu la plaque au niveau de la colonne cervicale, n'a pas perdu connaissance et s'est fait conduire par son fils chez son médecin traitant le jour-même.

L'assuré a indiqué au Dr F\_\_\_\_\_, selon ce qui ressort du rapport établi par ce dernier le 1<sup>er</sup> octobre 2012, avoir reçu, des plaques sur la tête, soit un choc assez violent pour le projeter à terre et provoquer une perte de connaissance, semblait-il,

et son collègue l'avait cru mort. Cette version plus dramatique que la première est moins crédible que cette dernière, car elle a été donnée à une date plus éloignée de l'évènement et après la décision du 20 juillet 2012 de la SUVA retenant que l'assuré avait une capacité de travail à 100 % dès le 24 septembre 2012. Quoi qu'il en soit, même cette seconde version n'établit, pas plus que la première, des circonstances particulièrement dramatiques au sens de la jurisprudence précitée.

Les lésions subies ne peuvent être qualifiées de particulièrement graves, vu la nature des troubles ressentis par l'assuré, soit des fortes et persistantes douleurs cervicales, des vertiges et des blocages au niveau de la nuque. Le traitement de l'assuré a consisté au port d'une minerve, à des séances de physiothérapie et à la prise de médicaments, soit du Tilor, du Dafalgan et du Sirdalud, ainsi que du Triptisol pendant une période. L'assuré n'a ainsi pas eu à se soumettre à l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible. Il a certes souffert de douleurs qu'il qualifiait de très fortes, précisant toutefois qu'il était soulagé par le port de la minerve, ce qui indique que l'intensité des douleurs était variable. Il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, ni de difficultés apparues au cours de la guérison ou des complications importantes. Selon l'expertise de la CRR, l'assuré a été incapable de travailler pendant une année environ, soit pendant une assez longue période. Si l'assuré a essayé de reprendre le travail à une reprise sans succès, il n'apparaît pas qu'il ait fait des efforts reconnaissables pour reprendre le travail, étant relevé que l'expert psychiatre de la CRR a indiqué qu'on pouvait s'attendre à une reprise de travail difficile chez un patient centré sur ses douleurs.

L'examen des critères jurisprudentiels ne permet ainsi pas de retenir, en l'espèce, un lien de causalité adéquate entre l'évènement du 18 octobre 2011 et les troubles de l'assuré après le 15 octobre 2012 avec le degré de vraisemblance requis, s'agissant d'un accident qui n'est pas situé à la limite de la catégorie des accidents graves.

c. L'examen des critères jurisprudentiels ne permet pas non plus de retenir un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques développés par le recourant dès le mois de février 2013, voire novembre 2012, et l'évènement du 18 octobre 2011, pour les mêmes motifs que ceux retenus pour nier le lien de causalité adéquate entre cet évènement et un traumatisme de type « coup du lapin ».

12. Ainsi, l'intimée était fondée à supprimer le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents avec effet au 15 octobre 2012 et à nier le rapport de causalité entre les troubles du recourant dès cette date et le sinistre assuré. En conséquence, le recours sera rejeté.
13. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14). 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, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte BABEL

Catherine TAPPONNIER

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