

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2718/2007

ATAS/1027/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 12 octobre 2010**

En la cause

Madame Z \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître HORNUNG Mike

recourante

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, domiciliée Fluhmattstrasse 1; Case postale 4358,  
6002 LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude  
de Maître ELSIG Didier

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et  
Patrick MONNEY, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame Z \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1956, employée de X \_\_\_\_\_, entreprise de placement temporaire, travaillait en qualité d'infirmière à l'unité de psychiatrie de l'hôpital cantonal de Genève (HUG) depuis décembre 2001. Elle a été victime d'un accident le 11 novembre 2002.

Selon la déclaration d'accident de l'employeur à la Suva du 12 novembre 2002, l'assurée a été agressée par un patient, lequel a exercé une pression sur la main de l'assurée et qui a cassé une cafetière en verre.

Selon le questionnaire rempli par l'assurée le 6 décembre 2002, elle se trouvait avec un patient dans l'ascenseur et tenait une cafetière. Lors de l'ouverture des portes, le patient voulant avoir du café a jeté l'assurée contre la porte, puis a couru faisant exploser la cafetière qu'elle tenait.

2. L'assurée a consulté le jour même la permanence de Cornavin et le médecin a posé le diagnostic de contusion sur la main droite, face dorsale, petite plaie non suturable, pas de fracture visible. L'assurée a été revue les 12, 14, 18, 21, 28 novembre 2002 et 6 décembre 2002. Par avis médical du 6 janvier 2003, le médecin de la permanence atteste d'une incapacité de travail à 100% limitée du 11 au 25 novembre 2002.
3. Constatant que l'assurée n'avait pas repris le travail à la date indiquée, la Suva a interrogé l'assurée, qui a indiqué être suivie depuis lors par le Dr A \_\_\_\_\_, neurologue. Selon son rapport du 17 janvier 2003, l'assurée a été violemment brutalisée par un patient qui l'a projetée contre une porte qu'elle a heurtée au niveau du bras, ce qui a brisé une cafetière que le patient tentait de lui arracher. Aucune lésion neurologique n'est diagnostiquée. Les douleurs à l'épaule évoquant une lésion de la coiffe des rotateurs, le médecin préconise un examen orthopédique.
4. Plusieurs médecins ont été consultés et une arthroscopie de l'épaule droite et une acromioplastie de décompression ont été pratiquées le 12 décembre 2003. L'assurée n'a jamais repris le travail.
5. Par rapport du 10 novembre 2004, sur la base de l'ensemble du dossier médical, d'un examen clinique de la patiente, de l'examen des radiographies, le Dr D. B \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la Suva, estime que l'extension progressive de la symptomatologie à l'épaule, au niveau cervical, vertébral, allant de l'occiput jusqu'au rachis, indique une manifestation de troubles de la santé non organiques et étrangers à l'accident, de sorte que deux ans après l'accident, il faut considérer que les suites délétères sont terminées.

6. Par décision du 23 novembre 2004, confirmée sur opposition le 10 février 2005, la Suva a mis un terme au versement des prestations au 12 décembre 2004, motif pris que les troubles présentés par l'assurée au-delà de cette date ne sont plus en relation pour le moins probable avec l'accident du 11 novembre 2002. Cette décision sur opposition n'a pas fait l'objet d'un recours.
7. Par acte du 6 mars 2007, l'assurée représentée par un avocat, a sollicité de la Suva la réouverture du dossier sur la base de l'article 53 LPGA, car une expertise judiciaire ordonnée dans le cadre d'une procédure dirigée contre l'office de l'assurance invalidité (OAI) concluait à l'existence d'une atteinte neurologique en lien avec l'accident du 11 novembre 2002.
8. Par arrêt du 27 mars 2007, le Tribunal de céans, statuant dans la cause opposant l'assurée à l'OAI, a admis le recours, constaté que l'assurée était capable de travailler à 50% seulement depuis novembre 2003, considérant que le rapport d'expertise avait pleine valeur probante.
9. Par décision du 29 mai 2007, confirmée par décision sur opposition du 22 juin 2007, la Suva a refusé de revenir sur sa décision du 23 novembre 2004, motif pris que l'expertise bidisciplinaire n'était pas un élément de fait nouveau et important. En particulier, le médecin conseil de la Suva avait déterminé que l'anamnèse ressortant de l'expertise était fondée sur des éléments tronqués transmis par l'assurée et que l'expert en avait tiré des conclusions erronées, notamment une atteinte traumatique du sus-épineux qui n'était pas confirmée par l'arthroscopie pratiquée en décembre 2003.
10. Par acte du 11 juillet 2007, l'assurée a formé recours contre la décision sur opposition et a conclu à son annulation, motif pris que l'expertise bidisciplinaire constituait un moyen de preuve nouveau concernant un fait qui avait déjà été allégué, mais n'avait pas pu être prouvé lors de la décision initiale de la Suva. Elle a suggéré la suspension de l'instruction jusqu'à droit jugé dans la procédure l'opposant à l'OAI, l'arrêt du Tribunal de céans du 27 mars 2007 ayant fait l'objet de recours au Tribunal Fédéral.
11. Par mémoire réponse du 5 octobre 2007, la Suva a conclu au rejet du recours, faisant valoir que l'expertise n'était pas un élément "nouveau", l'état de santé n'ayant pas changé, ni un élément "important" s'agissant d'une appréciation différente, ni découvert "subséquent".
12. Lors de l'audience du 19 novembre 2007, les parties ont convenu de suspendre la cause compte tenu de la procédure en cours en matière d'invalidité en précisant que si la valeur probante des expertises était admise par le Tribunal fédéral, il conviendrait alors d'interroger l'expert orthopédiste sur le lien de causalité entre l'accident et les affections retenues, en lui soumettant divers documents médicaux qui lui étaient inconnus. Il a été précisé que si l'expertise n'avait pas valeur

probante, un délai serait fixé à l'assurée pour qu'elle détermine si elle maintenait son recours.

13. La procédure en matière d'invalidité a donné lieu à un arrêt du Tribunal fédéral du 30 mai 2008 annulant l'arrêt du Tribunal de céans du 27 mars 2007, motif pris que les arguments du SMR s'opposant à l'expertise n'avaient pas été discutés. Le Tribunal a entendu plusieurs médecins, interrogé les experts déjà mandatés et confronté les points de vue exprimés. Face aux contradictions relevées, le Tribunal a décidé le 27 mars 2009 d'ordonner une nouvelle expertise rhumato-psychiatrique et l'a confiée aux Drs C\_\_\_\_\_, rhumatologue, et Zumbrunnen, psychiatre, auprès du BREM.

La présente cause est demeurée suspendue durant l'instruction de la procédure en matière d'invalidité (A/3516/2005).

14. Le rapport d'expertise du BREM du 10 septembre 2009, complété le 4 mars 2010, a retenu les diagnostics de trouble obsessionnel-compulsif (ci-après TOC) présent d'après l'anamnèse depuis début 2004, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique présent d'après l'anamnèse depuis début 2004, de gonarthrose interne, de cervicarthrose sans myélopathie ni radiculopathie, symptomatique depuis 2004, de signes dégénératifs sous-acromiaux bilatéraux avec PSH (périarthrite scapulo-humérale) existants depuis la fin 2003, et d'arthrose débutante métacarpophalangienne du premier rayon à droite, ces diagnostics ayant tous une répercussion sur la capacité de travail. Les autres diagnostics sans répercussion posés étaient ceux de diabète non insulino-requérant, d'état euthyroïdien après ablation d'un nodule thyroïdien, d'excès pondéral et hyperlipidémie, de status après arthroscopie de l'épaule droite pour lésion non confirmée de la coiffe, avec lésion confirmée du labrum, de status après contusion de la main et de l'épaule droites, de status après cure de tendinite de Quervain et de tunnel carpien droit et de status après plastie abdominale et césarienne.

Sur le plan somatique, l'examen ostéoarticulaire était normal, il n'y avait pas d'amyotrophie, de synovite, de ténosynovite active ou de limitation de l'amplitude objective. A cet égard, les experts ont relevé dans le status somatique, qu'observée à son insu, la recourante avait une mobilité tout à fait normale des bras et une force de préhension pour tenir son sac qui n'apparaissait pas limitée. Les amplitudes actives étaient variables, normales et aisées jusqu'à 180° d'abduction-antéépulsion dans la gestuelle spontanée du déshabillage, et limitées à 120° lors des tests demandés. Par ailleurs, le bilan radiologique montrait une cervicarthrose évoluée, des signes dégénératifs de la 1<sup>ère</sup> métacarpophalangienne à droite et une gonarthrose à prédominance fémoro-tibiale interne bilatérale. Les épaules présentaient des signes dégénératifs sous acromiaux bilatéraux, un peu plus marqués à droite. D'un point de vue rhumatologique, les experts ont relevé que l'importance du tableau douloureux, lequel avait débuté après l'accident, n'était pas en corrélation avec les

constatations radiologiques. Il existait cependant, de toute évidence, une diffusion du trouble douloureux, qui avait des répercussions sévères dans la vie quotidienne de la recourante. Par ailleurs, aucun élément ne permettait de retenir une rupture de la coiffe des rotateurs, même s'il ressortait des IRM des microlésions du sus-épineux. Qu'il y ait ou non une déchirure partielle associée de la coiffe n'était du reste pas déterminant, dans la mesure où la musculature de l'épaule permettait de surseoir à l'atteinte dégénérative de la coiffe, dont 50% environ de la population dès 50 ans était atteinte. En ce qui concernait la capsulite, elle était fortement mise en doute et même si elle avait été présente après l'arthroscopie, elle n'avait dans ce cas pas été sévère, car les radiographies effectuées 4 mois après la scintigraphie ne montraient pas d'altération de la structure osseuse. En tous les cas, lors de la clôture du cas par la Suva, la capsulite était résolue depuis longtemps. Enfin, la recourante était sujette à des atteintes dégénératives de l'appareil locomoteur, mais elle s'en accommodait très bien, d'après les experts, en tenant compte des indices de mobilité préservée et de l'absence de signe de sous-utilisation ou d'amyotrophie.

Sur le plan psychiatrique, les experts ont tout d'abord constaté que les douleurs chroniques étaient parties de l'épaule droite après la chute survenue en 2002 et qu'elles étaient devenues chroniques et s'étaient généralisées à d'autres parties du corps. De plus, dans la mesure où ces plaintes n'avaient pas de substrat somatique justifiant leur ampleur et leur durée, les médecins ont retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant. Par ailleurs, ils ont confirmé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique comme posé par le Dr D\_\_\_\_\_, et ont dressé la liste des différents symptômes dont souffrait l'assurée et précisé qu'aucun indice ne permettait de penser que la dépression s'était amendée depuis juillet 2006. Enfin, ils ont posé le diagnostic de TOC et l'ont qualifié de sévère, attendu qu'il avait un caractère délirant, la recourante ne reconnaissant pas le caractère irrationnel de ses craintes. A cet égard, ils ont expliqué que ses peurs irrationnelles obsédantes concernant la souillure (saleté, contamination) étaient apparues, d'après l'anamnèse, après l'incident professionnel de novembre 2002, mais étaient probablement déjà présentes antérieurement, et consistaient notamment à éviter des stimuli anxigènes et à procéder à des actions ritualisées de lavage et de désinfection. L'ensemble de l'activité obsessionnelle occupait la recourante plusieurs heures par jour. Les médecins ont pour le surplus exclu le diagnostic d'état de stress post-traumatique, attendu que l'événement de novembre 2002 ne remplissait pas les critères de gravité d'un véritable traumatisme et que le TOC expliquait beaucoup mieux la sémiologie clinique que ce diagnostic.

En conclusion, sur le plan somatique, la capacité de travail de la recourante était nulle dans son activité antérieure depuis l'accident de novembre 2002 ou depuis la fin de l'année 2003 et de 100% dès juin 2004 et au plus tard à la fin de l'année 2004 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, sa capacité de travail était réduite de 50% dès le mois décembre 2005.

15. Par arrêt du 18 mai 2010 (ATAS/543/2010), le Tribunal de céans a partiellement admis le recours et dit que l'assurée avait droit à une rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2003 au 28 février 2005, l'incapacité de travail ayant pris fin en décembre 2004 et renvoyé la cause à l'OAI pour examen des troubles psychiatriques impliquant une incapacité de travail dès décembre 2005 seulement.
16. L'arrêt précité étant définitif, la présente cause a été reprise le 15 juillet 2010, l'arrêt a été transmis aux parties et un délai leur a été imparti pour déposer leurs conclusions. Par pli du 16 août 2010, l'assurée conclut à l'apport de l'expertise du BREM et, admettant que l'incapacité de travail avait pris fin en décembre 2004, s'agissant des troubles somatiques, elle requiert une instruction complémentaire afin d'établir le lien de causalité naturelle entre les troubles psychiatriques et l'accident, en interrogeant l'expert psychiatre. Pour la part, la Suva conclut le 31 août 2010 au rejet du recours, constatant que les experts n'ont retenu ni déchirure de la coiffe des rotateurs, ni capsulite, de sorte que le versement des indemnités jusqu'à fin décembre 2004 était déjà généreuse. Par gain de paix, la Suva ne sollicitait pas la révision en défaveur de l'assurée.
17. Par ordonnance du 8 septembre 2010, le Tribunal a ordonné l'apport de l'expertise du BREM, indiqué aux parties qu'elles pouvaient la consulter et s'exprimer d'ici le 24 septembre, la cause étant ensuite garde à juger.
18. La cause a été gardée à juger le 24 septembre 2010.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).

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

2. 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).

3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. L'objet du litige porte sur le point de savoir si, dans le cadre d'une procédure de révision, l'intimée était fondée à refuser de revoir sa décision de supprimer avec effet au 12 décembre 2004 le droit de l'assurée à des prestations d'assurances pour les suites de l'accident du 11 novembre 2002.
5. En vertu de l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1<sup>er</sup>) susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. Cette révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1<sup>er</sup> LPGA, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (ATF non publié du 3 août 2007, I 528/06 consid. 4.2 et les références). Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui n'étaient pas connus du requérant, malgré toute sa diligence, et qui se sont produits tant que, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables (ATFA du 6 janvier 2006, I 551/04, consid. 4.1).
6. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).  
  
b) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (ATF non publié du 23 novembre 2009, cause 8C\_463/2009, consid. 3).

c) 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 461 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 118 V 291 consid. 3a).

Par contre, en présence de troubles psychiques, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. 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 115 V 139 consid. 6, 407 consid. 5).

d) L'accident doit être qualifié de gravité moyenne lorsqu'il se situe en deçà de la limite supérieure de cette catégorie, selon la jurisprudence du TFA en la matière, résumée in ATA 670/01 (pour mémoire : ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures de gravité moyenne - ATA du 2 septembre 1997 - , une chute d'ascenseur sur deux étages - ATFA U 204/00-, la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien - ATFA U 338/05-, un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien - ATFA U 128/03).

e) En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants: les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (1); la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques (2); la durée anormalement longue du traitement médical (3); les douleurs physiques persistantes (4); les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (5); les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes (6); le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (7). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

f) A titre d'exemple, le Tribunal fédéral des assurances a statué sur le cas d'un manoeuvre employé dans une entreprise de transformation de bois qui, travaillant avec une fraiseuse, a vu sa main happée par celle-ci, ce qui a entraîné la perte de trois doigts. Cet accident a été classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents graves et la causalité adéquate a été admise (RAMA 1999 n° U 346 p. 428).

La causalité adéquate a par contre été niée dans le cas d'un assuré travailleur manuel dont la main dominante a été mutilée lorsqu'il découpait une plaque métallique avec une scie circulaire, parce que le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques propres selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques n'était pas réalisé au regard de l'ensemble des circonstances (RAMA 2002 n° U 449, p. 53).

7. En l'espèce, il convient en premier lieu de préciser que les seconds experts ont émis d'importants doutes quant à l'existence d'une capsulite et en tout les cas affirmé qu'elle était amplement résolue en décembre 2004, lors de la clôture du cas par la Suva. De même, ils ont exclu une rupture de la coiffe des rotateurs. Ainsi, il faut admettre que les conséquences somatiques de l'accident étaient terminées depuis un certain temps lorsque la Suva a mis un terme aux prestations en décembre 2004. D'ailleurs, l'assurée ne prétend plus le contraire et admet ainsi que la seconde expertise a pleine valeur probante, infirmant en partie les conclusions de la première expertise. Celle-ci, invoquée par l'assurée pour obtenir la révision de la décision de la Suva ne constitue donc pas un moyen de preuve nouveau, ni ne révèle de fait nouveau important susceptible de conduire à une appréciation juridique différente et de prolonger la prise en charge du cas par la Suva. Sur ce point donc, la Suva était fondée à refuser de procéder à une révision en application de l'article 53 LPGA.

On s'étonne ainsi que le conseil de l'assurée ait sollicité une instruction complémentaire, dès lors que le retrait du recours était envisagé en novembre 2007 déjà dans l'hypothèse où la capsulite et la déchirure de la coiffe des rotateurs n'étaient pas confirmées.

En second lieu, l'assurée perd de vue qu'il s'agit d'une demande de révision et non pas d'un recours contre la décision initiale de la Suva, lorsqu'elle sollicite du Tribunal qu'il examine si ses troubles psychiatriques, existants avant la décision de la Suva de décembre 2004, sont en lien de causalité avec l'accident. Elle n'indique pas en quoi les faits ressortant de la première expertise concernant les troubles psychiatriques seraient nouveaux, importants et, surtout, susceptibles de prolonger la durée de la prise en charge par la Suva. Cela étant, il est dans l'intérêt de l'assurée qu'elle obtienne une décision judiciaire qui statue sur tous les aspects juridiques afin de clore la procédure, de sorte qu'en laissant ouverte la question de savoir si les conditions d'une révision sont réalisées, le Tribunal tranchera la question du lien de causalité.

Le Tribunal a renoncé à interroger les experts sur le lien de causalité naturelle pour deux motifs. D'une part, les experts indiquent que le TOC, qui est le diagnostic le plus invalidant, était préexistant à l'accident et excluent (tout comme le précédent expert) un stress post traumatique du fait de l'absence de gravité de l'accident. D'autre part et surtout, il n'est pas utile de déterminer le lien de causalité naturelle

dès lors que, comme cela sera examiné ci-dessous, le lien de causalité adéquate fait défaut.

D'abord, l'accident doit être qualifié de faible gravité, éventuellement de gravité moyenne. Il ne s'agit en tout cas pas d'un accident grave. Objectivement, l'assurée a été bousculée par un patient, elle a heurté une porte ou a chuté sur son membre supérieur droit, ce qui a entraîné une contusion de la main droite et des douleurs à l'épaule droite. Compte tenu du peu de gravité de l'accident, l'examen de la causalité pourrait s'arrêter là.

Cela étant, à la lumière des documents et déclarations figurant au dossier, le Tribunal se détermine comme suit quant aux conditions de la jurisprudence, dans l'hypothèse d'un accident de gravité moyenne:

1) le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ne peut pas être retenu et il n'y a pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques. Certains médecins et psychologues ont exagéré ou mal compris le déroulement des faits, lorsqu'ils font état d'une agression violente. D'une part, les premières déclarations de l'assurée immédiatement après l'accident (déclaration Suva du 6 décembre 2002) décrivent un patient pressé de boire son café, en raison de la pathologie dont il souffre, bousculant l'assurée pour atteindre la cafetière convoitée. D'autre part, l'assurée a précisé lors de l'expertise du BREM que le patient ne l'avait pas réellement agressée, car il ne voulait pas lui faire de mal et que leur relation était bonne. Il l'a simplement bousculée en se précipitant sur la cafetière et elle a chuté sur son bras droit. Ainsi, l'accident lui-même et les circonstances l'entourant ne sont pas particulièrement impressionnants (au contraire, par exemple, de certains accidents impliquant une agression violente, avec une volonté manifeste de l'agresseur de faire du mal et une crainte de la victime pour sa vie ou son intégrité).

2) de même faut-il nier que les lésions physiques aient été graves ou d'une nature particulière propre à entraîner des troubles psychiques, s'agissant d'une contusion de la face externe de la main.

3) de surcroît, le traitement médical des suites de l'accident n'a été ni long, ni particulièrement pénible puisqu'il s'est agi de panser la blessure, la reprise du travail ayant été fixée au 25 novembre 2002. Certes, le traitement médical dans son ensemble a été relativement long puisqu'il a duré plus de deux ans, mais il s'avère que les consultations et examens radiologiques ont finalement concerné l'ensemble du squelette et pas seulement le bras droit et que les suites somatiques de l'accident avaient pris fin avant fin 2004.

4) on peut éventuellement retenir des douleurs persistantes, reconnues par les deux experts et mis en évidence par le médecin conseil de la Suva en décembre 2004 déjà. C'est ainsi qu'il a été retenu que l'assurée souffre de douleurs chroniques qui

se sont généralisées à plusieurs parties du corps, permettant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

5) on ne peut pas non plus retenir d'erreurs dans le traitement médical, et, s'il y a bien eu des divergences dans les diagnostics, ils n'ont pas impliqué de traitement erroné, ni généré des séquelles.

6) rien ne permet de retenir le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes.

7) la durée de l'arrêt de travail est certes très longue puisque celui-ci est en cours depuis huit ans, sans aucune reprise du travail, mais elle ne se confond pas entièrement avec la durée de l'incapacité de travail. Celle liée aux troubles somatiques a pris fin en juin, voire en décembre 2004. L'incapacité subséquente depuis décembre 2005 est due uniquement aux troubles psychiques dont souffre l'assurée. Elle est surtout due au TOC mais aussi au trouble dépressif et somatoforme douloureux. Ainsi, le critère de la durée de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, de deux ans au maximum, ne peut pas non plus être retenu.

Il n'y a donc qu'un des sept critères qui est rempli en l'espèce, ce qui justifie de nier la causalité adéquate entre le trouble somatoforme douloureux, l'état dépressif moyen, le TOC et l'accident du 11 novembre 2002. Le Tribunal a en effet acquis la conviction qu'au vu de l'ensemble des circonstances, il n'était dans l'ordre des choses que les faits, tels qu'ils ont pu être établis, génèrent chez l'assurée l'incapacité de travail qui est la sienne aujourd'hui pour des affections psychiatriques. Il apparaît d'ailleurs que ce résultat était patent et qu'il n'aurait pas dû échapper au conseil de l'assurée.

8. Le recours de l'assurée contre la décision de la Suva, refusant de revoir sa décision de mettre un terme aux prestations avec effet au 12 décembre 2004, en raison du fait que les conséquences de l'accident du 11 novembre 2002 avaient pris fin à cette date, est donc mal fondé et doit être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL 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. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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