

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2720/2007

ATAS/728/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 3 juin 2008

En la cause

Monsieur G_____, domicilié à VEYRIER, représenté par
ASSUAS, Monsieur CANELLA

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE

intimée

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Violaine LANDRY ORSAT et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur G_____, né en 1953, travaillait comme maçon au sein de l'entreprise X_____ SA et à ce titre était assuré auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après SUVA) contre les accidents professionnels et non professionnels.
2. Il a été victime d'un accident le 5 juillet 2004 sur un chantier. Il a subi une fracture-tassement de L4, une fracture du trochiter droit, des contusions osseuses de pilons tibiaux, ainsi qu'une contusion osseuse du plateau tibial externe droit et du péroné.

L'assuré a été transporté en ambulance aux HUG. Il est resté hospitalisé jusqu'au 7 juillet 2004 (trois jours). Dans l'avis de sortie, il est indiqué qu'il a fait une chute d'environ trois mètres avec impact sur côté droit, traumatisme crânien avec perte de connaissance.

L'employeur a déclaré l'accident à la SUVA en expliquant que l'assuré était tombé d'une benne lors d'une démolition.

Invité par la SUVA à donner une description détaillée de l'accident, l'assuré a expliqué, le 2 août 2004, qu' "il était tombé de la fenêtre du 1^{er} étage en passant une lourde porte à son collègue qui se trouvait dans la benne. Le gond de cette porte est entré dans mon gant et m'a emporté dans la chute. Je suis tombé en premier sur la rampe de l'escalier (rampe pliée), puis sur le sol béton entre la rampe et la benne. J'ai perdu connaissance (choc à la tête)."

3. Le cas a été pris en charge par la SUVA.
4. Une imagerie à résonance magnétique (IRM) cérébrale et de la colonne a été pratiquée le 14 juillet 2004 par le Dr L_____, spécialiste FMH en radiologie, au terme de laquelle il a été conclu à l'absence de lésion cérébrale ou osseuse objectivée, à l'absence d'hématome extra ou sous-dural et à la constatation que le sinus et les orbites étaient sans anomalie.
5. L'assuré a contacté son médecin traitant, le Dr M_____, spécialiste FMH en médecine interne, quelques jours après l'accident en raison de douleurs persistantes à l'épaule et au genou droits. Un bilan radiologique complémentaire a montré un arrachement ligamentaire à l'humérus droit, un tassement antérieur L4, une fissure de la tête du péroné droit, un PTSD et la présence d'une dépression réactionnelle a été relevée. L'assuré a séjourné dans l'unité de rééducation locomotrice du département des neurosciences clinique et dermatologie des HUG du 31 août 2004 au 17 septembre 2004.

Dans un rapport du 22 septembre 2004 adressé au Dr M_____, le Dr N_____, chef de clinique-adjoint aux HUG, a indiqué que l'assuré avait chuté

d'un échafaudage sur son lieu de travail avec perte de connaissance. Selon lui, l'assuré ne pourra plus travailler dans sa profession de maçon; il a dès lors recommandé le dépôt d'une demande AI en vue d'une réintégration dans la vie professionnelle. Il a diagnostiqué un arrachement ligamentaire à l'humérus droit, un tassement antérieur L4, une fissure de la tête du péroné droit, un PTSD et une dépression réactionnelle. Une consultation psychiatrique s'est tenue le 10 septembre 2004, au terme de laquelle il a été constaté une très discrète amélioration de la thymie : "le patient décrit une amélioration de la qualité de son sommeil, malgré d'importantes douleurs ostéo-articulaires. Par ailleurs, il semble plus voir le côté chanceux de sa chute et a une meilleure capacité de symbolisation qu'auparavant. Le patient parvient, par instants, à élaborer par le biais de l'humour. Il confirme, par ailleurs, qu'il accepte le traitement antidépresseur (...). "

6. L'assuré a été réhospitalisé du 18 au 28 octobre 2004 au département de médecine interne des HUG, pour un bilan somatique en raison d'une dyspnée, d'une prise pondérale et de douleurs diffuses. Le bilan exhaustif réalisé a permis d'exclure un substrat organique précis qui pourrait expliquer l'origine de cette dyspnée. Le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique ayant été posé lors du précédent séjour, le médecin des HUG a demandé à ses collègues de la psychiatrie de liaison d'évaluer le patient. L'entretien a révélé des symptômes compatibles avec un syndrome de stress post-traumatique et un syndrome douloureux somatoforme persistant (cf. rapport des Drs O_____, P_____ et Q_____ du 3 novembre 2004).
7. Le Dr R_____, spécialiste FMH en orthopédie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a établi un rapport le 19 janvier 2005. Il a posé les diagnostics suivants : traumatisme crânio-cérébral, fracture de L4, fracture du trochiter droit, contusion osseuse des pilons tibiaux, contusion osseuse du plateau tibial externe droit et du péroné. Il indique que si une symptomatologie douloureuse est explicable par certaines de ces lésions, l'extension actuelle de la symptomatologie est trop importante pour avoir une explication uniquement somatique. Selon lui un processus d'invalidation est en route. Une prise en charge psychiatrique est nécessaire afin de minimiser cette évolution dans la mesure du possible.
8. Le Dr S_____, psychiatre, a examiné l'assuré. Il a constaté, dans un rapport du 9 février 2005, que l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. En revanche, à part des épisodes plutôt rares de réviviscence du traumatisme (chute au travail), il n'a pas retrouvé de symptôme pouvant faire poser le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Il considère qu'il existe visiblement une importante problématique de nature psychiatrique en cours d'évolution, celle-ci mêlant un trouble de l'humeur (dépression sévère) à un trouble somatoforme. Cette combinaison, tenant également compte des six mois d'évolution négative, risque fort de se terminer dans une invalidité complète. Il lui paraît dès lors essentiel que

l'assuré soit remobilisé au travers d'un traitement psychiatrique ad hoc, et qu'il bénéficie d'un traitement antidépresseur, ou d'autres psychotropes adéquats et à des doses thérapeutiques. Le pronostic reste cependant réservé, même avec un traitement bien mené, compte tenu des aspects culturels, de la structure du patient, ainsi que de ses capacités d'adaptation qui sont actuellement dépassées (perte de son statut d'homme et de travailleur).

9. Le Dr R_____ a réalisé un nouvel examen le 9 janvier 2006. Il rappelle qu'un processus d'invalidation s'est mis en route avec l'apparition d'un cortège de symptômes invalidants, qu'un examen psychiatrique a confirmé cette évolution (addition d'une dépression sévère et d'un trouble somatoforme). Il relève toutefois que toute modalité de traitement psychiatrique a été refusée. Il constate que sur le plan de l'appareil locomoteur, la situation est actuellement stabilisée. La fracture du trochiter n'a pas provoqué de modification importante de la morphologie de l'épaule droite. Par rapport aux clichés réalisés au moment de l'accident, le tassement de L4 s'est un peu aggravé mais sans qu'une déformation très importante de la vertèbre soit présente. Sur le plan osseux, l'évolution au niveau des genoux et des chevilles a été favorable. Il en conclut que sur le plan somatique, la situation actuelle ne peut en aucun cas expliquer l'étendue de la symptomatologie présentée par le patient. Par ailleurs, il signale qu'il existe un état antérieur aussi bien au niveau lombaire que des deux genoux.
10. Le 12 janvier 2006, le Dr T_____, médecin SUVA, spécialiste FMH en chirurgie, s'est référé aux conclusions du Dr R_____ et a constaté que la fracture du trochiter à l'épaule droite était guérie sans suites. Il n'y avait pas d'omarthrose, pas de rétrécissement sous-acromial, pas de calcifications, donc pas d'atteinte à l'intégrité. Il a estimé que l'assuré était à même d'avoir une pleine capacité de travail dans une activité légère impliquant des sollicitations alternées, sans port de charges de 15 kg ou plus. Il a également précisé que l'assuré devait cependant éviter de monter sur des échelles ou des échafaudages, ainsi que de travailler en position accroupie.
11. Le 15 février 2006, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux dès le jour même et que l'indemnité journalière lui serait encore allouée jusqu'au 30 juin 2006 sur la base d'une incapacité de travail à 100%. Elle a par ailleurs indiqué qu'elle allait examiner les conditions d'une indemnisation et le droit à une rente d'invalidité.
12. L'assuré, représenté par Maître Suzette CHEVALIER, a contesté cette décision informelle du 15 février 2006, sollicitant la prise en charge sans délai de son traitement psychiatrique. Il produit un courrier du Dr M_____ adressé à sa mandataire le 8 juin 2006, selon lequel il souffre de séquelles graves au niveau psychiatrique en particulier avec un syndrome de stress post-traumatique assez prononcé, suivi actuellement par la Dresse U_____, psychiatre. Un traitement

antidépresseur important a été mis en place déjà de longue date avec plusieurs essais thérapeutiques visant à améliorer l'état psychologique du patient. Selon le Dr M_____, le stress post-traumatique est directement lié à l'accident du 5 juillet 2004.

13. Par décision du 2 avril 2007, la SUVA a considéré que l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas devoir mettre à forte contribution son dos et a constaté qu'il subissait une diminution de sa capacité de gain de 29%. Une rente d'invalidité de 29% lui est ainsi allouée, étant précisé que les troubles psychogènes n'ont pas été pris en considération, parce que n'étant pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. Une atteinte à l'intégrité de 5% lui a par ailleurs été accordée.
14. L'assuré, représenté par l'ASSUAS, a formé opposition. Il joint à son courrier une attestation de la Dresse U_____ du 24 avril 2007, aux termes de laquelle il présente un important état anxio-dépressif déclenché par l'accident et une évolution somatoforme due au stress post-traumatique. Le médecin précise que la symptomatologie consiste en inertie, altération du fonctionnement dans la vie quotidienne avec une inhibition motrice par crainte d'aggraver ses troubles locomoteurs, pensées obsédantes de mort, idées suicidaires récurrentes sans un net projet du passage à l'acte, idées auto-dépréciatives d'inutilité, importante angoisse diffuse, troubles sexuels (impuissance), troubles du sommeil sous forme de réveils à répétition, éléments persécutifs (idées de préjudice) nécessitant l'apport d'un neuroleptique. Le pronostic est réservé et l'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques est de 100%.

Il produit également le rapport du Dr V_____, spécialiste FMH en radiologie, du 27 juillet 2004 (IRM de l'épaule droite du 26 juillet 2004), le rapport du Dr L_____ du 27 août 2004 (IRM de la colonne lombaire du 29 juillet 2004 et IRM du genou droit et de la cheville gauche du 18 août 2004), le rapport des HUG du 22 septembre 2004, département des neurosciences cliniques et de dermatologie, et le rapport du département de médecine interne des HUG du 3 novembre 2004.

L'assuré relève la mauvaise foi de son responsable qui a minimisé les circonstances de l'accident lorsqu'il a rempli la déclaration. Il rappelle que sa prise en charge par les HUG n'a pas été satisfaisante puisqu'il avait dû être hospitalisé durant trois semaines quelques jours à peine après son accident, et que ce n'est qu'à la suite d'investigations complémentaires menées par le Dr M_____ que de nouveaux diagnostics avaient pu être posés. Il souligne que tant les médecins des HUG que le médecin traitant ont diagnostiqué un état de stress post-traumatique, ce qui a été au surplus confirmé par la Dresse U_____. L'assuré précise enfin qu'il est disposé à se soumettre à une expertise pluridisciplinaire (orthopédique, rhumatologique et psychiatrique).

15. Par décision du 11 juin 2007, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle considère que l'accident subi le 5 juillet 2004 n'est pas la cause adéquate des troubles psychogènes de l'assuré, que celui-ci est objectivement apte à avoir une pleine capacité de travail dans une activité légère ne mettant pas à trop forte contribution le dos et que la comparaison entre les revenus avec et sans invalidité laisse apparaître une perte de gain de 29,29%, lui ouvrant le droit à une rente de 29%.
16. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 11 juillet 2007 contre ladite décision sur opposition. Il sollicite l'audition de la Dresse U_____, de deux témoins et de son épouse. Il considère en effet que les circonstances de l'accident n'ont pas été éclairément établies. Il conclut à l'annulation de la décision du 11 juin 2007, à l'octroi d'une rente supérieure à 29% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 5%.
17. Le Tribunal de céans a ordonné l'audition le 27 mai 2008 de la Dresse U_____, de Monsieur H_____, travaillant sur le chantier au moment des faits et de Monsieur I_____, employé du Syndicat SIT.

Lors de l'audience, Monsieur CANELLA de l'ASSUAS a excusé l'assuré, absent pour cause de maladie.

La Dresse U_____ a expliqué que si l'accident n'était pas survenu, le patient ne présenterait pas un tel tableau dépressif actuellement. Elle précise cependant qu'il souffre, d'une part de l'incompréhension des autres, plus particulièrement de son employeur, ou de la SUVA, qui n'ont pas retenu la même version que lui de la façon dont s'est déroulé l'accident, et présente d'autre part, et c'est ce qui l'inquiète particulièrement, des idées auto-dépréciatives et un fort sentiment d'indignité. Or de telles idées et de tels sentiments font partie du tableau de plaintes de mélancolie, lesquelles sont typiquement l'expression d'une dépression endogène.

Le médecin a par ailleurs signalé qu'en 1992, son patient avait été hospitalisé pour une tentative de suicide.

Monsieur H_____ a confirmé qu'il avait travaillé chez X_____ SA sur le chantier lorsque l'assuré avait été accidenté. Il a déclaré que "je travaillais au premier étage à environ 2 -3 mètres de lui. Je l'ai vu tomber par la fenêtre : il était en train de passer une porte par la fenêtre, la poignée de la porte s'est prise dans le gant et il a été entraîné par le poids de la porte et il est tombé. J'ai regardé en bas et je l'ai vu couché par terre à côté de la benne. Je ne sais pas s'il avait perdu connaissance. La porte est également tombée à côté de la benne. Au premier étage il y avait l'assuré, le chef d'équipe et moi-même. Dans la benne il y avait un autre qui mettait de l'ordre".

Monsieur I_____ a quant à lui expliqué qu'en temps que représentant du SIT il passait souvent sur les chantiers pour voir si tout allait bien et pour faire de la

propagande syndicale. Il s'était plus particulièrement rendu sur le chantier où travaillait l'assuré à trois reprises avant l'accident. Il a expliqué qu'il s'agissait d'un chantier de transformation d'une maison de trois étages, et ne se souvenait pas si un échafaudage avait été dressé contre la façade.

18. Sur ce, la cause gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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). Dans la mesure où l'accident est survenu le 25 juillet 2004, le présent litige sera examiné au regard des nouvelles dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Les règles de procédure sont quant à elles immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1).
3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. L'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité d'un taux supérieur à 29% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 5%.
5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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).

6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

On rappellera que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 469 nos 3 et 4; DEBRUNNER / RAMSEIER, *Die Begutachtung von Rückenschäden*, Berne 1990, p. 52; MEYER-BLASER, *Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung*, *Bulletin des médecins suisses* 71/1990, p. 1093). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident.

Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cela pour autant que l'événement ait au moins déclenché ou aggravé l'atteinte préexistante (voir ATF du 13 mars 2007 U /532/07; ATF 123 V 43 consid. 2b p. 44, 116 V 145 consid. 2c p. 147 et la jurisprudence citée; RAMA 2001 n° U 435 p. 332 [arrêt E. du 5 juin 2001, U 398/00]; Alfred BÜHLER, *Die unfallähnliche Körperschädigung*, in : RSAS 1996 p. 94; Rudolf WIPF, *Koordinationsrechtliche Fragen des UVG*, in : RSAS 1994 p. 9 ss). Par ailleurs,

l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n° U 363 p. 45, consid. 3a et la référence citée).

7. 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 (ATFA du 27 octobre 2005 U 389/04; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre 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 264 consid. 3b et les références). 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, celui doit à tout le moins établir au degré de la vraisemblance prépondérante que les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts B. du 30 novembre 2004, U 222/04, C. du 14 octobre 2004, U 66/04, et N. du 4 octobre 2004, U 159/04).

En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

8. 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). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents 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; 117 V 365 consid. 5d/bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39).

En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des

accidents, 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. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique.

9. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).
10. 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. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la SUVA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss. consid. 3b/ee). Par ailleurs, 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. 3b/bb et cc).

11. En l'espèce, la SUVA a mis un terme au versement des indemnités au 30 juin 2006 et, lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité de 29% après avoir procédé à la comparaison des revenus. Elle s'est en effet fondée sur les conclusions du Dr T_____, selon lesquelles l'assuré était à même de travailler à plein temps dans le cadre d'une activité légère impliquant des sollicitations alternées, sans port de charges de 15 kg ou plus, sans position inconmode telle que monter ou descendre d'échelles ou d'échafaudages, ou encore telle que s'accroupir.

A noter que tant le Dr R_____ que le Dr T_____ ont constaté que sur le plan somatique, la situation était stabilisée et qu'elle ne pouvait en aucun cas expliquer l'étendue de la symptomatologie présentée. Les médecins des HUG ont du reste également évoqué la présence d'un syndrome douloureux somatoforme.

Il y a dès lors lieu de conclure que la SUVA était fondée à considérer que, du point de vue somatique, l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité légère. Cet aspect du reste n'est pas litigieux (cf. procès-verbal du 27 mai 2008).

12. L'assuré reproche à la SUVA d'avoir ignoré le fait qu'il souffrait de troubles psychiques pour fixer le montant de sa rente d'invalidité. Il considère à cet égard, ce contrairement à la SUVA, que ses troubles psychiques sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident survenu en juillet 2004.
13. Quelques jours après l'accident, le Dr M_____ a diagnostiqué une dépression réactionnelle. Le Dr N_____ a relevé en septembre 2004 une baisse de thymie due à l'impossibilité de travailler. Les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de dépression réactionnelle et de trouble somatoforme douloureux ont été envisagés en septembre-octobre 2004 par les médecins des HUG. Le Dr S_____ a confirmé le 9 février 2005 la présence d'un syndrome douloureux persistant et d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, mais a exclu le diagnostic d'état de stress post-traumatique, ce malgré quelques épisodes plutôt rares de réviviscence du traumatisme.

Le Dr M_____ a en revanche considéré, dans un courrier du 8 juin 2006, que son patient souffrait de séquelles graves au niveau psychiatrique, en particulier avec un syndrome de stress post-traumatique assez prononcé. Selon ce médecin, ce stress post-traumatique est directement lié à l'accident.

La Dresse U_____ a confirmé les conclusions du Dr M_____ dans son attestation du 24 avril 2007 et indiqué que l'assuré présentait un important état anxio-dépressif déclenché par l'accident et une évolution somatoforme due au stress

post-traumatique, ce qui impliquait une totale incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.

Entendue par le Tribunal de céans le 27 mai 2008, la Dresse U_____ a toutefois précisé que ce qui la préoccupait particulièrement chez son patient, était ses idées autodépréciatives, son sentiment d'indignité, ses idées mélancoliques d'inutilité, ce qui correspondait typiquement à un tableau de dépression endogène.

Force est ainsi de constater que selon la Dresse U_____ les troubles psychiques dont souffre actuellement principalement l'assuré ne sont en réalité pas liés à l'accident.

Le lien de causalité naturelle ne peut dès lors être que nié dans ces conditions. De la sorte, le recours, mal fondé, sera rejeté, sans qu'il soit nécessaire d'examiner la question de la causalité adéquate, et sans qu'il soit nécessaire, partant, de revenir sur les circonstances de l'accident.

**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); 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

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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