REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3756/2005 **ATAS/967/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 25 octobre 2006

En la cause

Monsieur O_____, domicilié -74200 THONON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin	recourant

contre

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

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente;

Mesdames Karine STECK et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur O_____, né le 1955, domicilié à Thonon-les-Bains (F) travaillait en qualité de maçon auprès de l'entreprise X_____, aujourd'hui Y_____SA, à Peney. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci.-après la SUVA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

2. L'assuré a été victime d'un accident de travail le 13 février 1995. Alors qu'il travaillait sur un chantier, dans une fouille, une chaîne d'une tonne environ, destinée à retirer les coffrages a cédé, puis lui est tombée dessus, atteignant la région cervico-thoracique. Sous la violence du choc, le casque de l'assuré s'est brisé.

3. L'assuré a été transporté en ambulance aux ("établissement hospitalier") où il est resté 24 heures en observation. L'accident a entraîné une fracture de l'arc postérieur des vertèbres cervicales C5-C6, une fracture de l'apophyse postérieure C7, une fracture tassement de D8 et D7 ainsi qu'une contusion de l'épaule droite. La SUVA a pris en charge le cas.

4. L'assuré a repris le travail à 25 % le 1er juillet 1995, puis à 50 % dès le 9 octobre 1995. A partir du 30 janvier 1996, la capacité de travail a oscillé entre 0 et 50 %, selon certificats du Dr A_____, médecin généraliste à Thonon. Depuis mars 1996, l'assuré a cessé toute activité.

5. Les médecins de la Clinique thermale de Baden, où l'assuré a séjourné du 3 juin 1996 au 5 juillet 1996, relevaient qu'il faisait état de douleurs persistantes au niveau de la colonne cervicale, dorsale et lombaire, ainsi que de maux de tête. Un traitement intensif a été appliqué, combinant balnéothérapie et physiothérapie. L'assuré s'est montré très coopératif et motivé. A la sortie, la capacité de travail était de 50 %, étant précisé que le soulèvement, le port de lourdes charges impliquant une inclinaison du tronc vers l'avant lui étaient encore pénibles.

6. Le 12 mars 1997, le Dr. B_____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à l'examen de l'assuré. Au status, il a constaté une mobilité cervicale et dorsale encore bien conservée, des douleurs alléguées au niveau des épineuses cervicales et dorsales moyennes, une contracture musculaire paradorsale gauche. Radiologiquement, il n'y a pas de modification des vertèbres D7 et D8 entre le jour de l'accident et les radiographies pratiquées après deux ans de celui-ci. Au vu des tassements visualisés par le scanner, il y a eu fracture des vertèbres D7 et D8. Les fractures C5-C6 et C7 sont consolidées. Les troubles allégués au niveau des membres inférieurs n'ont pas de substrat organique. Il subsistait des séquelles douloureuses essentiellement à l'effort au niveau de la colonne dorsale et cervicale en rapport avec les fractures D7-D8 ayant déstabilisé la colonne vertébrale avec cyphose augmentée de plus de 10°. Selon le Dr

B_____, pour autant que le patient ne porte pas de charges, ne travaille pas le tronc fléchi en avant avec des hypermobilités répétitives de la colonne cervicale, une capacité de travail serait possible à plein temps et à plein rendement. Il a estimé l'atteinte à l'intégrité à 20 %.

7. L'assuré, qui avait présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 18 mars 1996, a effectué un stage d'observation professionnelle pendant trois semaines, soit du 2 juin au 25 juillet 1997 au Centre d'Intégration professionnel (CIP) à Genève, puis un stage de cinq semaines au sein de l'entreprise de menuiserie Z_____SA. L'assuré se plaignait d'une pression thoracique, de douleurs dorsales et cervicales, de maux de tête, de problèmes de sommeil, de troubles de la mémoire et de "troubles de la conduite". Le médecin-conseil du COPAI, le Dr C_____, a conclu dans son rapport du 1er septembre 1997, que l'assuré devrait être à même de retrouver une capacité de travail à plein temps, avec un rendement un peu diminué. Une formation complémentaire, en réduisant les activités physiques pures, permettrait théoriquement de parvenir à un rendement complet.

8. Par décision du 20 avril 1999, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a mis l'intéressé au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er février 1996 au 31 mai 1997, assortie d'une rente complémentaire pour son épouse et de cinq rentes complémentaires pour enfants.

9. Entre-temps, le recourant a été examiné par le Dr D_____, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie. Dans son rapport du 4 janvier 2000, ce dernier relève que l'assuré se plaint de douleurs thoraciques et cervicales, de céphalées fronto-pariétales, ainsi que de troubles du sommeil. Compte tenu de ces plaintes, déjà relevées au printemps 1997 dans le rapport de réadaptation professionnelle de l'OCAI qui mentionnait en outre des troubles mnésiques et un état dépressif, le Dr D_____ a estimé qu'une évaluation neurologique était indispensable, au motif que l'évaluation neurologique des médecins de la SUVA n'avait pas assez pris en compte le fait que l'assuré avait été choqué par son accident, qu'il avait certainement reçu une partie de cette lourde chaîne sur son casque puisque celui-ci s'était cassé en trois morceaux. S'il n'y avait pas eu de perte de connaissance, il fallait admettre que le patient avait reçu un gros choc sur sa tête et que ce choc était peut-être responsable des troubles neurologiques et psychologiques que le patient exprimait depuis en tout cas deux ans. Il a donc adressé le patient au Dr E_____, neurologue FMH, qui a posé les diagnostics neurologiques d'algies faciales atypiques proches d'un "cluster headache", de nature probablement post-traumatique, et de diplopie au regard latéral extrême des deux côtés d'étiologie indéterminée.

   Le Dr D_____, dans la discussion du cas, relève que s'il est vrai que les séquelles actuelles des fractures cervicales et dorsales peuvent justifier une capacité

de travail de 60 % dans certaines professions ne nécessitant pas de port de charges lourdes, ni de mouvements intempestifs de la colonne vertébrale, il est possible que les séquelles neurologiques et psychologiques dues à cet accident justifient, à elles seules, une incapacité de travail supplémentaire. Selon lui, il semble bien qu'il y ait des séquelles neurologiques à la suite de l'accident, qui n'ont pas été prises suffisamment prises en compte. D'autre part, le Dr E_____ admet une relation de causalité probable entre les céphalées et l'évènement nécessitant un traitement. Dans ces conditions, le Dr D_____ conclut que l'assuré n'est probablement pas apte à assumer un travail à 60 % et qu'un maximum de 50 % de capacité de travail devrait lui être reconnu.

10. Le recours interjeté par l'assuré, qui concluait au maintien de la rente d'invalidité, a été rejeté par la Commission fédérale de recours en matière d'assurance vieillesse, survivants et invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après la Commission) le 28 juin 2000.

11. Par arrêt du 19 juin 2001, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) a admis le recours interjeté par l'assuré, annulé les décisions de la Commission ainsi que de l'Office AI, et renvoyé la cause à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le TFA a considéré que les rapports des Drs D_____ et E_____ ne pouvaient être écartés quant à l'existence de troubles neurologiques et la capacité de travail et qu'une expertise médicale était nécessaire.

12. Se conformant à l'arrêt du TFA, l'Office cantonal AI (ci-après OCAI) a mandaté le COMAI de Lausanne aux fins d'expertise. Dans son rapport du 6 mai 2003, le COMAI indique que l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique et rhumatologique en date des 1er et 3 octobre 2002, d'un consilium de psychiatrie ainsi que d'un consilium de neurologie le 8 octobre 2002. Les conclusions du rapport ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 10 décembre 2002. Les médecins du COMAI ont posé les diagnostics suivants, avec influence essentielle sur la capacité de travail : syndrome douloureux somatoforme persistant, trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, personnalité paranoïaque, cervicalgies et dorso-lombalgies chroniques et troubles statiques du rachis cervico-dorso-lombaire. Les autres diagnostics - troubles dégénératifs lombaires, algies vasculaires typiques, vertiges posturaux aigus bénins, status après fracture C5-C6, C7-C8 et psoriasis - sont sans influence essentielle sur la capacité de travail. Globalement, la capacité de travail résiduelle est de 30 à 40 % dans un travail adapté, ne nécessitant pas le port de charges lourdes. Il existe cependant des facteurs de mauvais pronostic, liés en partie à ses troubles de la personnalité ainsi qu'au trouble dépressif récurrent, et les ressources personnelles apparaissent relativement minces.

13. Par décision du 17 septembre 2003, l'OAIE a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 70 % depuis le 1er juin 1997 et lui a alloué une rente entière d'invalidité, ainsi que des rentes complémentaires pour son épouse et ses enfants.

14. La SUVA a soumis le rapport d'expertise du COMAI à son médecin-conseil en date du 16 janvier 2004 en lui demandant si son examen final du 12 mars 1997 restait toujours valable, ce que ce dernier a confirmé le 22 janvier 2004.

15. L'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement en date du 25 mars 2004. Dans son rapport du 26 mars 2004, le Dr B_____ relève que sur le plan somatique les constatations faites confirment celles du 12 mars 1997. S'agissant des maux de tête et des céphalées, les expertises des Drs D_____, E_____ ainsi que celle, multidisciplinaire, effectuée par la policlinique médicale universitaire de Lausanne du COMAI les mentionnaient: selon le Dr E_____, neurologue, une relation de causalité avec l'accident pouvait être retenue car le casque du patient s'était cassé en trois morceaux. Selon l'expertise multidisciplinaire du CHUV, l'assuré souffre de céphalées en grappe (Cluster Headaches) et une responsabilité de l'assurance-accident pouvait être retenue sur une période de 6 à 12 mois seulement. En revanche, il existe un doute sur la nature post-traumatique ou spontanée du vertige postural. Le Dr B_____ relève que compte tenu des avis plutôt divergents des expertises neurologiques, il appartiendra à l'administration de se prononcer quant à sa responsabilité.

16. La SUVA a soumis le dossier à son service médical. Dans son rapport du 18 février 2005, le Dr F_____, neurologue, relève que selon le dossier, il n'est pas clairement établi à partir de quel moment, suite à l'accident, les maux de tête sont apparus et le mécanisme des douleurs n'est pas clair non plus. Cependant, ils n'ont été évoqués qu'un an après l'accident. Il considère, au vu du long écoulement de temps et du manque de preuve d'une lésion à la tête résultant des premiers rapports médicaux établis après l'accident, que les blessures décrites après l'accident du 13 février 1995 ne peuvent constituer qu'une cause possible d'une algie vasculaire de la face.

17. Par décision du 12 avril 2005, la SUVA a accordé à l'intéressé une rente d'invalidité correspondant à une incapacité de gain de 32 % dès le 1er mars 2004, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %. Selon la SUVA, l'assuré est à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition qu'il ne mette pas trop à contribution son dos, ni ne porte des charges. Cette activité pourrait être exercée la journée entière pour un gain annuel d'environ 45'590 fr. par an. Comparé au gain de 67'535 fr. réalisé avant l'accident, la perte de gain s'élève ainsi à 32 %. Enfin, s'agissant des troubles psychogènes, la SUVA considère qu'ils ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, de sorte qu'ils ne sont pas à sa charge.

18. L'assuré, représenté par Me Karin BAERTSCHI, a formé opposition en date du 11 mai 2005, alléguant que la SUVA ne motive pas son refus de prise en charge des troubles psychogènes. Il se réfère aux conclusions du COMAI et conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité de 72,3 % dès le 1er mars 2004.

19. Le 27 juillet 2005, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'assuré, au motif que, du seul point de vue somatique, la capacité de travail dans une activité adaptée est d'environ 60 à 70 % selon le COMAI. Ce sont les troubles psychiques qui limitent la capacité de travail de l'assuré. Or, l'accident en cause doit être qualifié de moyenne gravité, et même si la rupture d'une lourde chaîne ne saurait laisser indifférent, rien ne permet de qualifier l'accident de particulièrement impressionnant. Les fractures subies ne sont pas de nature à entraîner des troubles psychiques. Les critères jurisprudentiels n'étant pas remplis, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'incapacité de gain d'ordre psychique et l'accident assuré doit être niée.

20. Représenté par son conseil, l'assuré a interjeté recours le 21 octobre 2005. Il s'est référé à l'expertise réalisée par le COMAI le 6 mai 2003 ainsi qu'à la décision de l'OCAI qui lui a reconnu un degré d'invalidité de 71,4 %. Il produit un rapport médical établi le 17 octobre 2005 par le Dr G_____, médecine interne et rhumatologie, aux termes duquel il a commencé à souffrir de céphalées du côté gauche et de couleurs cervicales et que ses plaintes évoquent une encéphalopathie post-traumatique, qui est une conséquence possible et classique d'un traumatisme cranio-cérébral. Les douleurs cervicales et dorsales, avec des tassements vertébraux, semblent bien, elles aussi, imputables au choc, la chaîne ayant rebondi sur le dos qui, lui, n'était pas protégé par un casque. S'agissant de la part du psychisme dans les symptômes dont se plaint le patient, le Dr G_____ souligne qu'aucune affection chronique ne laisse l'esprit indemne. Le recourant soutient que l'accident qu'il a subi doit être qualifié de grave, eu égard au poids de la chaîne (une tonne), qui pouvait entraîner la mort, voire un handicap plus lourd que celui subi et que le trouble dépressif récurrent qui est suivi en est une conséquence naturelle et adéquate. Il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant à un degré d'invalidité de 72,3 %, depuis le 1er mars 2004.

21. Par ordonnance du 11 janvier 2006, le Tribunal de céans a suspendu l'instruction de la cause, d'accord entre les parties.

22. Le 18 avril 2006, la SUVA a requis la reprise de l'instruction, les examens complémentaires ayant été réalisés, et communiqué sa réponse. Elle considère que l'accident dont a été victime l'assuré relève, du point de vue objectif, de la catégorie des accidents de gravité moyenne et que, dans ce cadre, les troubles psychiques présentés par le recourant ne répondent pas aux critères exigés par la jurisprudence pour admettre la causalité adéquate entre ces derniers et l'accident. La SUVA conclut au rejet du recours.

23. Le 11 mai 2006, le recourant a communiqué au Tribunal de céans un rapport établi le 5 mai 2006 par le Dr G_____ aux termes duquel ce dernier allègue que l'opinion d'un neurologue serait utile afin de déterminer la causalité des céphalées et des vertiges dont se plaint le patient et sollicité un délai pour répliquer.

24. Dans ses écritures du 14 juin 2006, le recourant conteste l'appréciation de la SUVA quant à la gravité de l'accident et son caractère impressionnant. Il se réfère à un rapport du Dr H_____, spécialiste FMH en neurologie, adressé au Dr G_____ le 7 juin 2006, aux termes duquel les céphalées présentées depuis l'accident sont évocatrices d'algies vasculaires de la face. L'examen neurologique n'a pas permis de retrouver les signes lésionnels signalés par le Dr E_____, qui faisaient référence à une pathologie du tronc cérébral; ceci accrédite l'idée qu'ils étaient vraisemblablement en relation avec l'accident et qu'ils se sont amendés au fil du temps. S'agissant de la symptomatologie psychique, le Dr H_____ déclare n'avoir pas qualité pour l'apprécier. Le recourant produit également copie du rapport de police établi après l'accident et maintient que ce dernier doit être qualifié de grave. Il sollicite la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de déterminer si les troubles qu'il présente sont en lien de causalité adéquate avec l'accident et, sur le fond, conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

25. Par duplique du 11 juillet 2006, la SUVA estime que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique est inutile, en l'absence de lien de causalité, et que les conclusions du Dr I_____, mandaté par l'AI, ne sont pas critiquées. Les pièces produites par le recourant ne sont pas susceptibles de remettre en cause sa position, de sorte que la SUVA propose le rejet du recours.

26. Ces conclusions ont été communiquées au recourant le 13 juillet 2006. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances

sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (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.

3. 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).

   En dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA). Le recours interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi est recevable.

4. L'objet du litige consiste à déterminer si la responsabilité de l'intimée est engagée pour les troubles psychiques que présente le recourant.

5. 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).

6. a) 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).

b) 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.

7. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (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. 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 dramatique ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;

- la durée anormalement longue du traitement médical;

- les douleurs physiques persistantes;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;

- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;

- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

8. En l'occurrence, sur le plan médical, les médecins du COMAI (rapport d'expertise du 6 mai 2003) ont posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et personnalité paranoïaque, soulignant que la pathologie psychiatrique constituait une atteinte importante à la capacité de travail. Dans la discussion du cas, le Dr J_____a relevé que le recourant souffre d'une pathologie complexe. Le syndrome douloureux persistant est apparu suite à son accident de 1995. Quant au trouble dépressif il peut être mis en relation avec des événements traumatiques de sa vie (maltraitance de la part des professeurs, des parents). L'assuré semblait avoir trouvé un certain équilibre au sein de la famille qu'il a fondée, mais celui-ci a été perturbé par l'accident. D'autre part, le climat de violence subi pendant l'enfance est un facteur favorisant l'éclosion d'un trouble de la personnalité de type paranoïaque qui s'exprime, entre autres choses, par des croyances bizarres et une méfiance à l'égard des soignants.

   Le Tribunal de céans constate que si une partie des troubles psychiques sont à mettre en relation avec le vécu du recourant, ils ne l'ont cependant point empêché de travailler et de fonctionner normalement jusqu'à son accident. L'équilibre psychique qu'il avait trouvé au sein de sa famille a été complètement déstabilisé par l'accident. Ainsi, selon les données médicales, il y a lieu d'admettre que les troubles psychiques dont souffre le recourant sont, au degré de vraisemblance prépondérante, dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident.

   La SUVA a cependant nié le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident.

Il convient de déterminer quels sont les critères consacrés par la jurisprudence qui sont réunis ou qui revêtent une intensité particulière.

9. Le recourant allègue en premier lieu que l'accident doit être qualifié de grave.

Il sied à cet égard de rappeler que 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.

En l'espèce, le recourant se trouvait au fond d'une fouille lorsque la chaîne utilisée pour l'extraction d'un blindage s'est rompue et est tombée, l'atteignant au niveau de la tête et du dos. La déclaration d'accident mentionne que la chaîne en question pesait une tonne environ, et le rapport de police fait état d'une lourde chaîne. Sous la violence du choc, le casque du recourant s'est cassé en trois morceaux. Il n'a cependant pas perdu connaissance, selon les constatations ressortant du rapport de police, et a été transporté en ambulance aux "établissement hospitalier" où il est resté en observation pendant 24 heures. Cet accident a entraîné des fractures de l'arc postérieur C5-C6, de l'apophyse postérieure de C7, ainsi que des fractures-tassement des vertèbres D7 et D8.

Compte tenu du déroulement de l'événement et de ses conséquences, le Tribunal de céans considère que l'on est en présence d'un accident de gravité moyenne, à la limite supérieure.

Le recourant soutient ensuite que l'accident était particulièrement impressionnant, puisqu'il a reçu une chaîne d'une tonne sur la région cervico-thoracique et que l'événement était susceptible d'entraîner la mort, ou de l'handicaper sévèrement. A cet égard, le Tribunal de céans relève toutefois qu'apparemment, il n'a rien vu venir et que s'il a eu peur de mourir, c'était rétrospectivement. Selon le rapport de police, il n'a pas perdu conscience, il a pu ressortir de la fouille grâce à l'aide de ses collègues qui ont amené une échelle et a pu marcher, soutenu par les ouvriers. L'accident subi par le recourant n'est, certes, pas banal, mais on ne saurait le qualifier de particulièrement impressionnant.

S'agissant de la durée du traitement médical, elle n'a pas été anormalement longue compte tenu des blessures subies et il n'y a pas eu non plus d'erreurs dans le traitement médical. Les divers traitements administrés l'ont été dans les règles de l'art.

Le recourant a subi des fractures, mais elles sont consolidées. Le tassement de D8-D9 a entraîné une déformation en cyphose du rachis dorsal et il subsiste des séquelles douloureuses post-traumatiques, sous forme de cervico-dorsalgies ; cependant, ces dernières, sont liées au trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par le COMAI. Le recourant invoque le fait qu'il n'a jamais pu

reprendre le travail à plus de 50 %, et que depuis mars 1996, il a cessé toute activité. Cependant, du point de vue somatique, une reprise d'activité partielle avait déjà pu être fixée dès le 21 juin 1995. Si le recourant a interrompu son activité, c'est en raison des troubles psychiques. Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a nié le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident.

10. Le recourant allègue que l'intimée doit se laisser opposer le degré d'invalidité retenu par l'OCAI, de 70 %.

Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances (TFA) l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi (cf. art. 8 al. 1 LPGA).

En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Par exemple, le TFA a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des

conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3; arrêt T. du 13 janvier 2004 [I 564/02]).

Or, en l'espèce, dès lors que les troubles psychiques du recourant ne peuvent être pris en compte par l'assureur-accidents, le degré d'invalidité fixé par l'assurance-invalidité n'est pas déterminant.

Du point de vue neurologique, les conclusions des médecins du COMAI divergent de celles des Drs D_____, E_____ et H_____, comme le souligne d'ailleurs le médecin conseil de l'intimée. En effet, ces derniers estiment que les séquelles neurologiques ont été sous-estimées (maux de tête, céphalées). Il y a lieu toutefois de relever que selon les médecins du COMAI, les céphalées en grappe n'engageraient la responsabilité de l'assureur-accident que pour une période de 6 mois à un an. S'agissant du vertige postural aigu bénin, il y a un doute sur la nature pos-traumatique ou spontanée. Ces deux affections sont traitables de façon efficace. Le Dr F_____ a confirmé qu'au vu de l'écoulement du temps et en l'absence de lésion à la tête, les maux de tête dont souffre le recourant ne constituent qu'une suite possible de l'accident. Au vu de ces conclusions, une expertise neurologique ne se justifie pas.

C'est en conséquence à juste titre que l'intimée a fixé le degré d'invalidité du recourant en tenant compte des seules séquelles somatiques objectives. Pour le surplus, le revenu de valide ainsi que celui exigible dans une activité résultant de la description de postes de travail adaptés à l'handicap somatique du recourant, de 45'950 fr., ne sont point contestés.

Le recours, mal fondé, doit être rejeté.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier — La Présidente :

Walid BEN AMER — Juliana BALDE

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