RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4348/2005 **ATAS/1055/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 23 novembre 2006

En la cause

Monsieur A_____, domicilié , LE LIGNON, représenté par l' ASSUAS, association suisse des assurés	recourant

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Valérie MONTANI et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né en 1949, a été employé comme manœuvre par la société A_____SA et à ce titre, assuré pour le risque accident auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA). Il réalisait un revenu de 26.50 Fr./h. pour un horaire hebdomadaire moyen de 42,5 heures.

2. Le 6 mars 2003, il se trouvait sur le marchepied d'une machine des chemins de fer fédéraux (CFF) qui avançait à une vitesse de 3-4 km/h. lorsqu'il a perdu l'équilibre et chuté, la tête la première, sur une bordure en béton. A l'arrivée de la police, il était dans un état de semi-conscience et incapable de faire une déclaration. Souffrant d'une plaie profonde sous l'œil droit et au nez, l'assuré a été emmené à ("établissement hospitalier"), où il a séjourné jusqu'au 13 mars 2003. Les Drs. B_____ et. C_____, du département de chirurgie réparatrice et maxillo-faciale des "établissement hospitalier", ont diagnostiqué un traumatisme facial, de multiples plaies faciales et une fracture des os propres du nez (rapport du 17 mars 2003).

3. Le 13 juin 2003, le Dr D_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une tomodensitométrie axiale computerisée du cerveau. Le patient ayant complètement changé de caractère après son accident, il s'agissait d'établir s'il y avait syndrome frontal. L'examen n'a révélé aucune anomalie, si ce n'est une discrète atrophie à prédominance corticale.

4. Le 9 juillet 2003, le Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne, a mentionné : un status post-traumatisme frontal avec fractures des os propres du nez, une suspicion de syndrome frontal et un état dépressif réactionnel. Au niveau local, il a indiqué qu'il y avait eu une nette amélioration des plaies faciales avec persistance d'une indication opératoire des fractures des os propres. Un état dépressif réactionnel était apparu selon les dires de l'épouse du patient qui a indiqué que ce dernier avait changé complètement de caractère après l'accident de travail. C'est la raison pour laquelle un syndrome frontal était soupçonné. A cet égard, des investigations seraient pratiquées par le Dr F_____, neurologue.

5. Un rapport médical intermédiaire a été établi le 26 août 2003 par la division de chirurgie réparatrice des "établissement hospitalier". Il a été fait état d'une bonne évolution de l'état de santé et mentionné que le patient était également suivi en ophtalmologie pour un larmoiement de l'œil droit. Une intervention était prévue pour y remédier.

6. Dans un rapport adressé le 26 août 2003 au Dr E_____, le Dr. F_____, spécialiste FMH en neurologie, a évoqué un probable traumatisme crânio-cérébral avec commotion cérébrale de brève durée. En effet, le patient a signalé une amnésie

circonstancielle de brève durée. Ses différentes plaies faciales ont été suturées. Les suites sont caractérisées par la persistance de troubles sensitifs intéressant la région malaire droite et surtout par le développement d'un état d'énervement et d'agressivité paroxystique. S'y ajoutent une intolérance au bruit, un état dépressif, des troubles du sommeil entrecoupé de ressassement d'idées et surtout des reviviscences de son accident et enfin un tableau douloureux diffus de l'ensemble du crâne, de la colonne cervicale et de la ceinture scapulaire. A l'anamnèse neurologique, le patient a mentionné des troubles de la concentration, une asthénie importante ainsi que des vertiges rotatoires survenant lors de changements rapides de position. Il a également évoqué de discrètes nausées et une instabilité concomitante. En revanche, il n'y a ni plainte évocatrice de dysfonction des voies longues ni troubles du langage. L'examen neurologique a montré un patient en bon état général, bien orienté dans le temps et l'espace, sans trouble du langage spontané.

Le médecin a constaté une asthénie, une collaboration partielle aux conditions d'examen. En définitive, le médecin a indiqué que l'évaluation fine du patient était rendue difficile d'une part par la barrière linguistique, le niveau éducationnel et d'autre part par son caractère démonstratif. Il a relevé pour seules anomalies un état tensionnel important ainsi que des stigmates anamnestiques et objectifs évocateurs d'une cupulolithiase droite. Selon lui, il est évident qu'il s'y est ajouté un état anxieux et dépressif majeur qu'il a proposé de traiter par voie médicamenteuse. Il a suggéré que si celle-ci engendrait une amélioration de la qualité du sommeil, de la concentration et une diminution de l'asthénie, il lui serait alors possible d'effectuer un début d'évaluation neuropsychologique. Il a relevé d'emblée que celui-ci serait certainement rendu difficile par le niveau culturel très bas du patient.

7. Le 22 septembre 2003, le Dr G_____, de la policlinique d'ophtalmologie des "établissement hospitalier", a rendu un rapport médical intermédiaire dont il ressort que l'assuré a subi une intervention le 1er septembre 2003 pour une obstruction des voies lacrymales.

8. Par courrier du 13 octobre 2003, le Dr E_____ a posé les diagnostics suivants : status post multiples plaies faciales, fractures des os propres du nez et état anxio-dépressif majeur. Il a indiqué que depuis la consultation du Dr F_____, l'évolution n'avait malheureusement pas été favorable. Il a indiqué qu'une opération au niveau maxillo-facial serait encore à prévoir pour le rétablissement de la fracture du nez. Il a mentionné comme trouble persistant empêchant une reprise du travail un état anxio-dépressif majeur, tout en soulignant qu'un traitement anti-dépressif était en cours.

9. Dans un rapport intermédiaire du 19 janvier 2004, le Dr E_____ a posé les diagnostics de syndrome post commotionnel, status après TTC et fracture des os propres du nez. Il a indiqué que l'assuré était hospitalisé à la clinique de Montana

depuis le 15 janvier 2004 et ce pour trois à quatre semaines. En effet, depuis octobre 2003, l'état de santé de l'assuré a évolué de manière défavorable avec état dépressif persistant, céphalées en voie de chronification et un probable syndrome de stress post traumatique écarté. Après avoir été hospitalisé en décembre 2003 à l'hôpital cantonal dans le service de rééducation, un séjour à la clinique de Montana a été proposé.

10. Il ressort du rapport établi le 13 février 2004 par la clinique genevoise de Montana (Drs. H_____ et. I_____) que le diagnostic principal est celui d'état dépressif, épisode moyen avec somatisation. S'y ajoutent un syndrome douloureux chronique, des troubles de l'équilibre associés à des vertiges rotatoires, et une obésité de stade 1. Le status post-accident de travail a été décrit de la façon suivante : plaies faciales, fractures des os propres du nez, TCC avec perte de connaissance brève et syndrome post commotionnel. Selon les médecins, l'assuré a vu sa vie basculer le jour de l'accident. Il lui a occasionné un traumatisme de la face et une brève perte de connaissance. Depuis, son caractère a changé (irritabilité) et il éprouve une grande tristesse (n'est plus la force de la nature qu'il était). Il se plaint d'hémicrânies, de nucalgies, de douleurs à l'épaule droite et au flanc droit. Le syndrome douloureux décrit s'est étendu et évolue vers la chronicité. Rien ne semble diminuer ses douleurs selon ses dires, qui sont augmentées durant la nuit, au changement de temps et par le manque de sommeil, la fatigue, les soucis et le stress. Ces douleurs sont décrites comme pesantes, épuisantes, voire effrayantes. Elles n'ont pas de caractéristiques nociceptives ou neurogènes. Elles oscillent entre deux à dix sur dix. A la physiothérapie les séances de thérapie antalgique, masso-thérapie, kinésithérapie et travail de l'équilibre n'ont pas apporté de réconfort à l'assuré. Son soutien psychologique s'est fait essentiellement par deux infirmières parlant sa langue maternelle tandis que les médecins pouvaient parler avec lui en allemand. Si on juge l'analyse des grilles d'évaluation de la douleur, l'assuré allait mieux du point de vue psychologique. Cependant du point de vue de ses plaintes douloureuses les médecins n'ont pas observé de grande amélioration. Ce tableau clinique associé à des répercussions sociales majeures et à un état dépressif important n'évoque pas un syndrome post-traumatique. Les médecins ont indiqué que si un syndrome post-commotionnel ne pouvait être exclu il y avait de nombreuses caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux. De toute façon, l'avenir professionnel de l'assuré leur a semblé fortement compromis et ils ont émis des doutes quant à la possibilité qu'il puisse reprendre une activité. Ils ont préconisé un soutien psychologique et émis l'opinion que les plaintes douloureuses étaient le reflet d'une souffrance beaucoup plus profonde.

11. Le 24 février 2004, le Dr. J_____, chef de clinique adjoint du service de rééducation des "établissement hospitalier", a indiqué à la SUVA que lors de la consultation du 2 décembre 2003, il avait constaté une anamnèse et un status compatibles avec un syndrome post commotionnel associant une phonophotophobie, des troubles cognitifs avec changement de personnalité, une

irritabilité et une fatigabilité. Il a également noté la présence d'un état dépressif important et d'un trouble de l'équilibre et du vertige paroxystique avec suspicion d'éventuelle cupulolithiase peu étayée. Il a évoqué une éventuelle dysautonomie post traumatique d'origine centrale et a mentionné des céphalées en voie de chronification.

Le Dr J_____ a posé les diagnostics suivants : status après TCC, plaie faciale et fracture des os propres du nez sur accident de travail, syndrome post commotionnel et état dépressif modéré à sévère, céphalées en voie de chronification à caractère d'hémicrânie gauche et nucalgies à composante médicamenteuse, syndrome de stress post traumatique à exclure.

12. L'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr. K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui, dans un rapport daté du 3 juin 2004, a indiqué qu'il persistait un problème au niveau des yeux, qui coulaient, que l'assuré saignait également du nez deux à trois fois par jour, que l'épouse du patient avait insisté sur la décompensation complète de l'état de son mari après l'accident alors qu'il était tout à fait normal auparavant et qu'il a travaillé pendant vingt-deux ans sans jamais s'arrêter. Le médecin a constaté que le patient était manifestement très tendu. Le Dr K_____ a estimé que la situation n'était pas stabilisée.

13. Par courrier du 9 juin 2004, adressé au Dr E_____, le Dr K_____ a indiqué que l'état psychologique de l'assuré ne lui avait pas paru meilleur que celui qui avait motivé l'hospitalisation au mois de décembre 2003. Il a jugé la situation inquiétante et suggéré qu'il consulte à nouveau pour ses problèmes d'épistaxis à répétition ainsi que pour une éventuelle intervention oculaire.

14. Dans un bref rapport daté du 8 juin 2004, le Dr E_____ a indiqué que son patient souffrait de douleurs continues l'empêchant de travailler, que sa concentration était abolie, que sa fatigabilité était extrême et qu'il était démotivé. Il a indiqué qu'il traversait une phase régressive très importante sans aucune activité ni à domicile ni ailleurs.

15. Par courrier du 11 août 2004, le Dr E_____ a indiqué qu'une opération au niveau maxillo-facial était prévue pour le mois de septembre 2004, qu'il ne voyait pas pour l'instant de possibilité de réintégrer le patient dans une activité professionnelle et que ce dernier consultaoit le Dr L_____, psychiatre.

16. Ce dernier a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 31 mars 2004 pour un trouble dépressif sévère sans symptôme psychotique, que l'amélioration était médiocre.

17. Dans un bref rapport daté du 25 février 2005, le Dr. M_____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin-conseil de la SUVA à Lucerne, a indiqué que l'assuré avait subi une légère commotion, que l'évolution de son cas avait été sans

complication au point de vue physique, qu'en revanche étaient apparus des problèmes psychiques qui avaient rendu nécessaire une hospitalisation à la clinique de Montana et qu'actuellement il fallait conclure à des troubles somatoformes douloureux. Il a jugé que du point de vue physique, il n'y avait aucune incapacité de travail et aucune atteinte à l'intégrité.

18. Par décision du 9 mars 2005, la SUVA a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 31 mars 2005 au motif que l'assuré ne présentait plus de séquelles accidentelles. Par courrier du 1er avril 2005, le Dr E_____ a indiqué que le patient était en traitement chez le Dr N_____, chirurgien de la main, pour une lésion séquellaire à l'accident nécessitant une opération et qu'une opération maxillo-faciale avait par ailleurs été proposée par les "établissement hospitalier".

19. Le 22 mars 2005, PHILOS a formé opposition à cette décision.

20. Le 8 avril 2005, l'assuré a formé opposition à son tour.

21. Dans un rapport médical intermédiaire daté du 16 juin 2005, le Dr N_____ a indiqué qu'une opération n'était pas prévue prochainement et que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était bonne hormis des épistaxis récidivantes.

22. Par courrier du 22 juin 2005, PHILOS a indiqué qu'elle confirmait son opposition du 22 mars 2005 car, après avoir soumis le dossier de l'assuré à son médecin-conseil, elle arrivait à la conclusion que si les troubles psychologiques n'étaient effectivement pas en relation de causalité avec l'accident, l'opération ORL l'était en revanche en ce sens qu'elle constitue une suite de l'accident du 6 mars 2003. Elle a dès lors demandé la prise en charge de cette future intervention.

23. La policlinique de chirurgie a établi un rapport médical intermédiaire le 8 juillet 2005 suite à l'intervention sur le majeur droit de l'assuré le 24 mai 2005. Il en ressort que l'intervention, pratiquée pour une suspicion de corps étranger de la pulpe cubitale du majeur droit, a finalement révélé une tumeur glomique de la pulpe sans aucun rapport avec l'accident.

24. Par courrier du 27 juillet 2005, la SUVA a informé l'assuré qu'elle prendrait en charge l'opération maxillo-faciale. Elle lui a cependant demandé de faire annoncer une rechute le moment venu. Quant à l'opération du 24 mai 2005, elle a constaté qu'elle était sans lien avec l'accident. Enfin, s'agissant des troubles psychiques, elle a estimé qu'il n'y avait pas d'élément nouveau susceptible de modifier sa décision et fait remarquer qu'au demeurant l'assureur-maladie de l'intéressé ne contestait pas l'absence de lien de causalité entre l'accident et lesdits troubles. En conséquence, il a été demandé à l'assuré s'il souhaitait maintenir ou non son opposition. Copie de ce courrier a été également adressé à PHILOS à qui il a été demandé si elle maintenait ou non son opposition.

25. Par courrier du 12 août 2005, PHILOS, au vu des explications qui lui ont été fournies par la SUVA, a retiré son opposition.

26. Par courrier du 29 août 2005, l'assuré a en revanche maintenu son opposition en se référant au rapport du Dr O_____ dont il ressort que l'accident survenu le 6 mars 2003 est la cause de son état dépressif. Quant à l'opération de la main, il s'est référé au rapport du Dr E_____ qui indique que la lésion à la main est séquellaire à l'accident.

27. Par décision sur opposition du 7 septembre 2005, la SUVA a confirmé sa décision du 9 mars 2005. Elle s'est référée au rapport de la Clinique de Montana dont il ressort que le tableau clinique et l'état dépressif important n'évoquent pas un syndrome post-traumatique. La SUVA a reconnu qu'un trouble post-commotionnel ne pouvait être exclu, mais a fait remarquer que l'accident devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, qu'aucun des critères retenus par la jurisprudence permettant d'admettre sa responsabilité pour les troubles psychiques n'était rempli en l'occurrence et que l'existence d'une relation de causalité adéquate devait de toute façon être niée, si bien qu'il n'était pas nécessaire d'établir un diagnostic précis relatif à l'atteinte psychique.

    La SUVA a confirmé par ailleurs qu'elle prendrait en charge l'opération maxillo-faciale mais qu'elle refusait de faire de même pour l'opération de la main du 24 mai 2005, car cette intervention n'avait aucun rapport avec l'accident.

28. Par courrier du 10 décembre 2005, l'assuré, représenté par l'Association suisse des assurés (ASSUAS), a interjeté recours contre cette décision. Il a demandé un délai pour compléter son argumentation et a fait valoir que la lésion à la main constituait à elle seule un accident puisqu'elle avait consisté en l'excision d'un corps étranger, même si cet accident n'avait aucune rapport avec celui du 6 mars 2003.

29. Par courrier du 4 janvier 2006, l'ASSUAS a produit une série de certificats d'incapacité de travail concernant l'assuré.

30. Par courrier du 31 janvier 2006, l'ASSUAS a fait savoir qu'elle n'avait pas de pièces supplémentaires à produire.

31. Invitée à se prononcer, la SUVA, dans sa réponse du 14 mars 2006, a conclu au rejet du recours. S'agissant des troubles somatiques, elle s'est référée à l'appréciation du Dr P_____ dont il ressort que ces troubles sont aujourd'hui éteints et qu'ils n'entraînent ni diminution de la capacité de gain ni atteinte à l'intégrité.

    S'agissant de l'intervention chirurgicale pratiquée le 24 mai 2005, la SUVA a maintenu qu'elle était sans relation avec l'accident et qu'elle n'était pas non plus liée à un autre accident puisque le diagnostic posé était celui de tumeur glomique.

Elle a fait remarquer qu'en réalité, les troubles encore ressentis par l'assuré ne concernaient plus que son état psychique. A cet égard, la SUVA a admis que le diagnostic était incertain puisque le Dr O_____ évoquait un trouble dépressif sévère sans syndrome psychotique alors que les Drs H_____ et I_____ s'interrogeaient sur un éventuel trouble somatoforme douloureux. Elle a cependant souligné que, dans les deux hypothèses, il s'agissait d'une atteinte psychique, sans déficit fonctionnel organique objectivable, que l'accident devait être qualifié de moyennement grave, que certains médecins avaient certes, rétrospectivement, retenu un trouble crânio-cérébral, que l'assuré n'avait cependant pas présenté le tableau clinique typique d'un tel accident dans les 72 heures suivant l'accident, qu'il n'y avait aucune circonstance concomitante particulièrement dramatique, que l'accident n'avait pas non plus été particulièrement impressionnant, que les lésions physiques, sans être négligeables, n'étaient pas particulièrement graves ou de nature propre à entraîner des troubles psychiques, que la durée du traitement médical n'avait pas été anormalement longue, que les douleurs physiques persistantes étaient moindres, qu'il n'y avait eu aucune erreur dans le traitement médical, qu'aucune difficulté n'était apparue au cours de la guérison, que la durée de l'incapacité de travail due aux seules lésions physiques n'avait pas été excessive et que dès lors, il n'y avait pas de relation de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques, de quelque nature qu'ils soient.

32. L'assuré n'a pas souhaité s'exprimer une nouvelle fois.

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'article 56 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). En l'espèce, ce sont les règles de la LPGA qui s'appliquent puisque les faits déterminants - soit l'accident - sont survenus postérieurement à son entrée en vigueur. Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

4. Selon l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ((art. 58 al. 1 LPGA). En matière d'assurance-accidents toutefois, 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). Interjeté en temps utile et selon la forme prescrite, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance postérieurement au 31 mars 2005, en raison de l'accident survenu le 6 mars 2003.

6. 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).

7. a) 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).

b) 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.

c) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin » (Schleudertrauma, whiplash-injury), sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent être de manière crédible attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b).

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 en bas consid. 5d bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39).

Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral. Si tel est le cas, la jurisprudence prévoit qu'il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; RAMA 1999 U 341 p. 408 sv. consid. 3b).

Cependant, dans les accidents type "coup du lapin", des cervicalgies doivent se manifester dans les 72 heures qui suivent l'accident (cf. RAMA 2000 p. 308 et p. 29). En effet, selon la jurisprudence, un traumatisme de type "coup du lapin" doit, en principe, être nié lorsqu'il existe un temps de latence trop long entre l'accident et l'apparition des douleurs cervicales (arrêt E. du 12 août 1999, RAMA 2000 n° U 359 p. 29 consid. 5e-g). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral des assurances s'est prononcé sur le cas d'un assuré qui, victime d'une chute à ski ayant entraîné un traumatisme du thorax et de la colonne vertébrale, ne s'est plaint de douleurs à la nuque que deux semaines après l'accident. Se référant à d'autres arrêts rendus antérieurement (notamment les ATFA non publiés du 7 décembre 1992, U 88/90, et du 20 octobre 1993, U 87/92), notre haute Cour s'est appuyée sur la doctrine médicale d'après laquelle les cervicalgies doivent nécessairement se manifester dans le délai de 72 heures après l'événement accidentel pour qu'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturel avec ce dernier (ATFA non publié du 19 mai 2000, U 328/99, consid 2b).

En un tel cas (s'il y a cervicalgies dans les 72 heures), la causalité naturelle doit être généralement admise (cf. ATF 117 V p. 360). Si les lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont toutefois reléguées au second plan par rapport aux problèmes d'ordre psychique, ce sont les critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa, et non pas ceux énumérés aux ATF 117 V 366 ss consid. 6a et 382 ss consid. 4b, qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 99 consid. 2a; RAMA 2002 n° 470 p. 532 consid. 4a, 1995 p. 115 ch. 6).

En revanche, dans les autres cas, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité doit se faire, pour un accident de gravité moyenne, sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa (RAMA 2002 n° U 470 p. 531 consid. 4a). En d'autres termes, le lien de causalité adéquate ne pourra donc être retenu que si les critères suivants sont remplis :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;

- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

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).

C'est le lieu de rappeler que la jurisprudence a classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale); 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 (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 consid. 5).

9. Le TFA a rappelé que 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. Est seul décisif le point de savoir si 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).

10. Selon l'intimée, la jurisprudence relative à un accident de type "coup du lapin" ne peut s'appliquer, dès lors qu'hormis les cervicalgies, le recourant n'a pas présenté - dans un délai de 24 à 72 heures - le tableau clinique typique d'un tel traumatisme.

    Le jour même de l'accident, le recourant a été hospitalisé et les médecins ont posé les diagnostics de traumatisme facial, multiples plaies faciales et fracture des os propres du nez. Ce n'est qu'en juin 2003 qu'un éventuel syndrome frontal a été évoqué et investigué C'est dans le rapport adressé par le Dr F_____ au médecin traitant le 26 août 2003 qu'un probable traumatisme crânio-cérébral a été évoqué pour la première fois. Il n'a été fait mention, dans les premiers rapports médicaux, ni de céphalées, ni de vertiges, ni de nausées ou vomissements. L'assuré ne présentait pas de trouble de la conscience. En l'espèce, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité doit par conséquent se faire, pour un accident dont il n'est pas contesté qu'il était de gravité moyenne, sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa (RAMA 2002 n° U 470 p. 531 consid. 4a).

    Compte tenu de la vitesse réduite à laquelle circulait la motrice lorsque l'assuré a chuté, on ne peut conclure à des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou au caractère particulièrement impressionnant de l'accident; certes, les lésions physiques qui en ont résulté ont touché le visage, mais on ne peut dire qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; il n'y a pas eu de douleurs physiques persistantes, ni d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, ni de difficultés au cours de la guérison ou de complications importantes; certes, la durée du traitement médical a été longue, ainsi que le degré et la durée de l'incapacité de travail, cependant, ces deux critères ne pas remplis avec une intensité particulière telle que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis Force est donc de constater que les critères posés par la jurisprudence pour admettre la causalité adéquate ne sont pas réunis.

11. La relation de causalité adéquate étant niée, il n'est pas utile d'examiner ici la question du lien de causalité naturelle.

12. Quant à l'opération de la main du recourant, il ressort clairement du rapport post-opératoire qu'il n'y a aucun lien avec l'accident dans la mesure où, bien qu'elle ait été à l'origine pratiquée pour une suspicion de corps étranger, elle a finalement révélé une tumeur glomique de la pulpe, sans rapport avec l'accident.

13. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours, mal fondé, est 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).

La greffière	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

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