RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4472/2006 **ATAS/169/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 21 février 2007

En la cause

Monsieur M_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gilles-Antoine HOFSTETTER	recourant

contre

BALOISE ASSURANCES, sise Aeschengraben 21, BASEL, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN	intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Juliana BALDE et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né en 1982, a travaillé dès le 14 juillet 2003 pour le compte de la société HAIR TOP SA, en tant qu'assistant en coiffure. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la BÂLOISE Assurances (ci-après : BÂLOISE).

2. Le 24 juillet 2003, alors que l'assuré et son amie étaient assis devant un immeuble de l'avenue des Deux-Communes à Thônex, il a été giflé par un inconnu puis a reçu un coup de pied au visage de la part d'un autre individu.

3. L'assuré s'est alors rendu au service des urgences des Hôpitaux cantonaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Dans son rapport du 24 juillet 2003, le Dr A_____, interniste, a constaté la présence d'une épistaxis, de deux éraflures sur le dessus du nez, d'un aspect rouge et enflé du nez qui était légèrement déplacé vers la gauche et déformé. Il a également noté que les dents 11, 12 et 32 étaient cassées et a adressé le patient à un oto-rhino-laryngologue pour suite de prise en charge. Ce diagnostic a été confirmé, le même jour, par le Dr B_____, médecin au service des urgences de la polyclinique de Savoie à Annemasse (France), qui a prescrit un arrêt de travail jusqu'au 3 août 2003 inclu.

4. Dans un rapport du 29 juillet 2003, la Dresse C_____, dentiste, a constaté que les dents 11, 21, 42 et 41 avaient été subluxées par l'accident et avaient subi une fracture de couronne sans lésion de la pulpe. En outre, elle a fait état d'une ecchymose bilatérale périorbitale et zygomatique ainsi que d'un déplacement de la pyramide osseuse nasale. Elle a proposé une reconstitution coronaire des dents fracturées.

5. Le 30 juillet 2003, en raison de la fracture enfoncement de la pyramide nasale, l'assuré a subi une reposition nasale en anesthésie locale. Dans un rapport médical du 10 août 2003, le Dr D_____, médecin à la clinique d'oto-rhino-laryngologie des HUG, a attesté une incapacité de travail jusqu'au 8 août 2003.

6. Par certificat médical du 11 août 2003, le Dr E_____, généraliste, a prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 18 août 2003.

7. Dans un devis du 10 septembre 2003, le Dr F_____, chirurgien-dentiste, a préconisé une reconstitution au composite des incisives centrales supérieures droite et gauche, une reconstitution prothétique esthétique de l'incisive centrale supérieure droite et une facette céramique pour l'incisive centrale supérieure gauche. Le praticien a précisé qu'il proposait deux phases de traitement, à savoir, l'une provisoire pendant un an, puis l'autre définitive si les pulpes restaient saines.

8. Le 12 juillet 2004, l'assuré a informé la BÂLOISE qu'il avait subi un choc psychologique à la suite de l'accident et qu'il n'avait pas pu reprendre ses études en octobre 2003 de sorte qu'il avait été à la charge de ses parents jusqu'en juin 2004.

9. Le 9 août 2004, la BÂLOISE a accepté la prise en charge des frais dentaires proposés.

10. Le 24 janvier 2005, la BÂLOISE a informé l'assuré que les divers éléments médicaux dont elle disposait ne permettaient pas de penser que les troubles consécutifs à l'événement du 24 juillet 2003 avaient eu une influence néfaste sur sa carrière estudiantine. En conséquence, elle a accepté de prendre en charge l'incapacité de travail attestée médicalement du 24 juillet au 18 août 2003.

11. Le 18 mai 2005, la BÂLOISE a indiqué à l'assuré qu'elle avait pris bonne note qu'il entendait se soumettre à une thérapie de soutien.

12. Sur demande de la BÂLOISE, dans un rapport médical du 29 août 2005, le Dr G_____, psychiatre et psychothérapeute, a déclaré que l'assuré était en traitement chez lui depuis le 16 juin 2005 et que son état psychiatrique était en relation directe avec l'accident du 24 juillet 2003. Il a précisé que le traitement consistait en une séance hebdomadaire de psychothérapie.

13. Le 22 novembre 2005, l'assuré a exposé à la BÂLOISE qu'il avait repris l'université durant l'année 2004-2005, mais qu'il avait dû l'abandonner et qu'il était de nouveau à la maison sans perspective d'avenir. Il a demandé à l'assurance d'évaluer un dédommagement correspondant aux grands préjudices qu'il avait subis.

14. Dans un rapport médical du 12 décembre 2005, le Dr G_____ a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (F. 41.2) et a mentionné un diagnostic différentiel d'état de stress post-traumatique (F. 43.1). Il a expliqué que la structure de la personnalité de l'assuré pouvait paraître plus complexe mais que, néanmoins, la symptomatologie présentée restait en rapport évident et direct avec le traumatisme. Il a estimé que l'état de santé n'avait actuellement pas de répercussion directe sur la capacité de travail de l'assuré.

15. Les 23 février et 7 mars 2006, le Dr H_____ a examiné l'assuré et l'a soumis à des questionnaires psychométriques standardisés. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 27 mars 2006, il a diagnostiqué des troubles de l'adaptation, avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F. 43.22), une phobie sociale (F. 40.1) et des probables troubles mixtes de la personnalité (F. 61.0). Il n'a pas relevé la présence de symptômes d'état de stress post-traumatique au moment de l'examen, et a considéré l'évolution comme lentement favorable et a estimé que, du point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de répercussion sur la capacité de travail tant que l'expertisé effectuait des travaux simples et générant peu de stress. Dans ses réponses au questionnaire, il a expliqué que l'agression avait déstabilisé immédiatement l'équili-

bre fragile de l'expertisé, mais que ce dernier n'avait consulté qu'après une année, en raison de ses conduites d'évitement. Il a exposé que l'assuré avait assimilé l'accident sur un mode négatif qui avait renforcé la mauvaise estime de lui-même, son sentiment d'incompétence ainsi que de fragilité et qu'il n'aurait pas décompensé (sur le même mode en tout cas) sans le vécu traumatique. Il a conclu à une causalité naturelle au moins partielle avec l'accident du 24 juillet 2003, à l'atteinte probable du statu quo sine d'ici le mois de juin 2006 et à l'existence d'une atteinte passagère à l'intégrité. Il a ajouté que l'assuré n'avait actuellement pas le niveau de confiance en soi pour suivre une formation universitaire, en raison du risque trop important de confrontation à un nouvel échec, mais que le traitement psychothérapeutique devrait lui permettre de reprendre une formation pour des emplois plus exigeants et complexes. Il a précisé que la situation de l'assuré n'était pas stabilisée et que, même après l'amendement des conséquences directes de l'accident, le traitement devait être poursuivi pour aborder la problématique de fond à savoir celle en lien avec la personnalité de l'expertisé.

16. Le 4 avril 2006, la BÂLOISE a informé l'assuré qu'il pouvait lui communiquer ses éventuelles observations après avoir consulté le rapport d'expertise auprès de son médecin psychiatre.

17. Dans un rapport médical du 27 mai 2006, le Dr G_____ a indiqué que le diagnostic restait inchangé et était confirmé par l'évolution du cas. Il a considéré que l'évolution était favorable, que le vécu traumatique avait été élaboré, ses défenses renforcées et la symptomatologie psychopathologique corrigée. Il a ajouté que, devant une telle évolution, ils avaient décidé d'arrêter la thérapie au début du mois de mai 2006 et qu'une autre tranche de thérapie était probablement envisageable, mais sans rapport direct avec le traumatisme.

18. Par décision du 27 juillet 2006, la BÂLOISE a refusé toute prestation dès le 1er juillet 2006 estimant que le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 24 juillet 2003 n'existait plus dès cette date. Elle a motivé sa position en se référant au rapport d'expertise qui fixait le statu quo sine au mois de juin 2006.

19. Le 2 août 2006, l'assuré a formé opposition contre ladite décision. Il a conclu à la poursuite du versement des prestations d'assurance. Il a justifié sa position en expliquant qu'il subissait au quotidien une dégradation physique, émotionnelle et psychologique de sorte que les interventions chirurgicales prévues pour son nez et ses dents n'avaient pas encore pu être effectuées.

20. Par décision sur opposition du 31 août 2006, la BÂLOISE a rejeté l'opposition. Elle a motivé sa position en s'appuyant sur le rapport d'expertise du Dr H_____ auquel elle a reconnu une valeur probante entière. Elle a estimé que les suites de l'accident ne jouaient plus de rôle causal dès lors que la problématique était liée à la personnalité de l'assuré et qu'elle n'avait pas de répercussion sur sa capacité de tra-

vail. Elle a ajouté que, même si un lien de causalité naturelle devait être retenu après le 1er juillet 2006, il n'existait pas de lien de causalité adéquate au regard de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs aux accidents de gravité moyenne.

21. Par acte du 29 novembre 2006, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à la poursuite de la prise en charge du cas par l'intimée dès le 1er juillet 2006 y compris. Il soutient qu'avant l'agression, il ne présentait aucune symptomatologie psychiatrique et qu'il était donc incohérent de prétendre que les troubles psychiques découlaient directement du traumatisme jusqu'au 1er juillet 2006 puis, subitement, relevaient de sa personnalité. Il prétend que le Dr G_____, d'une part, a attesté à maintes reprises un lien de causalité entre sa symptomatologie psychiatrique et le traumatisme survenu le 24 juillet 2003, d'autre part, n'a jamais fait état d'une quelconque rupture du lien de causalité, mais s'est borné à observer une évolution favorable. En outre, il se réfère au rapport médical du Dr G_____ du 28 novembre 2006 mentionnant que l'assuré avait décidé d'arrêter le traitement en raison de la fin des prestations d'assurance et que l'état de santé avait évolué d'un stress post-traumatique avec trouble anxieux et dépressif mixte vers un trouble obsessionnel compulsif. Par ailleurs, il explique que l'appréciation du Dr H_____, en tant qu'elle repose sur deux entretiens datant de février et mars 2006, doit être assimilée à un pronostic, ce qui restreint sensiblement sa valeur probante, de sorte que la causalité naturelle existe également pour la période postérieure au 1er juillet 2006. Quant au lien de causalité adéquate, il estime que le déroulement des événements ainsi que l'intensité de l'atteinte permettent de classer l'agression dont il a été victime dans la catégorie des accidents graves et que les critères du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, de la gravité ainsi que de la nature particulière des lésions subies sont réalisés. Enfin, compte tenu des avis médicaux divergents, il requiert la mise en oeuvre d'une expertise médicale tendant à déterminer si la symptomatologie actuelle est en relation de causalité naturelle avec l'agression. De plus, il sollicite également la production du dossier concernant la procédure pénale pendante devant le Tribunal de la jeunesse.

22. Dans sa réponse du 22 décembre 2006, l'intimée a conclu, préalablement, au rejet de la requête tendant à la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise médicale psychiatrique et, principalement, au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Elle a soutenu que l'expertise du Dr H_____ avait une pleine valeur probante. En outre, elle a relevé que, dans son rapport du 27 mai 2006, le Dr G_____ avait indiqué que la thérapie avait été arrêtée au début du mois de mai 2006 en raison de l'évolution favorable, alors que, dans son rapport du 28 novembre 2006, le même médecin traitant mentionnait que le traitement avait été interrompu à la suite de la décision refusant la poursuite de la prise en charge. Par ailleurs, elle a estimé que les rapports du médecin traitant du recourant n'étaient pas de nature à atténuer la force probante de l'expertise du Dr H_____ puisque, dans son dernier

rapport du 28 novembre 2006, le Dr G_____ ne retenait plus un quelconque lien de causalité entre les troubles et l'accident. Quant à l'atteinte du statu quo sine d'ici le mois de juin 2006, l'intimée a exposé que l'appréciation de l'expert était confirmée par le médecin traitant du recourant qui avait mentionné que les troubles présentés dès la fin du traitement, au début du mois de mai 2006, étaient sans rapport direct avec le traumatisme. Au sujet du lien de causalité adéquate, l'intimée a considéré que l'agression devait être qualifiée d'accident de gravité moyenne à teneur de la jurisprudence et que le seul critère qui pouvait être éventuellement retenu était celui du cas particulièrement impressionnant de l'accident qui n'était pas suffisant à lui seul pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Enfin, elle a ajouté que le recourant n'avait pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité étant donné que, selon l'expert, le traumatisme subi n'était pas à l'origine une atteinte à l'intégrité durable, mais uniquement passagère.

23. Sur ce, 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. 4 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.

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA, dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2006, prévoit un délai de recours de trois mois. En l'espèce, la décision sur opposition du 31 août 2006 a été reçue par le recourant au plus tôt le lendemain de sorte que le recours du 29 novembre 2006 a été formé en temps utile. Interjeté dans la

forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

4. Le litige porte sur le point de savoir si les troubles psychiques du recourant sont dans une relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 24 juillet 2003 au-delà du 1er juillet 2006.

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).

   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. 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 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n°°141). Le seul fait que des symptômes ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident peut constituer un indice, mais ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 341 ss, consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss, 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.

   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) Les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel ou d'un événement accidentel ayant entraîné une lésion et des suites psychiques secondaires (ATF 129 V 405 consid. 2.2). Lorsque l'assuré a vécu un événement traumatisant sans subir d'atteinte physique, l'examen de la causalité adéquate s'effectue conformément à la règle générale (ATF 129 V 177), selon laquelle 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). En cas de lésion corporelle et si elle constitue un accident, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité avec les troubles d'ordre psychique consécutifs à l'accident doit se faire sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa.

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. 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. Dans le cas d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération des critères suivants: 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 les 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 si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite d'un cas de peu de gravité, les circonstances susceptibles de favoriser une affection psychique doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 408 consid. 4.4.1 et les références).

6. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

   b) 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).

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

7. Le refus de l'intimée de continuer à prendre en charge les troubles psychiques au-delà du 1er juillet 2006 repose sur l'expertise du Dr H_____. L'assurance justifie sa position par l'atteinte du statu quo sine dès cette date, respectivement par l'absence de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'agression

dès le 1er juillet 2006 dès lors qu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité dont seul le critère du caractère particulièrement impressionnant est à la rigueur réalisé. Pour sa part, le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise en raison tant des contradictions qu'il contient et de l'appréciation hypothétique de l'expert que des rapports du Dr G_____. En outre, il nie l'absence d'un lien de causalité adéquate en considérant qu'il s'agit d'un accident grave qui remplit les critères du caractère particulièrement impressionnant, de la gravité et de la nature particulière des lésions subies.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 27 mars 2006, le Dr H_____ a diagnostiqué des troubles de l'adaptation, avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F. 43.22), une phobie sociale (F. 40.1) et des probables troubles mixtes de la personnalité (F. 61.0) en ajoutant que ces divers troubles n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail tant que le recourant se confinait à des travaux simples et générant peu de stress. Il a précisé que le questionnaire de Hamilton indiquait une symptomatologie dépressive d'intensité légère et une anxiété majeure dont les domaines d'inquiétude touchaient la relation aux autres, le manque de confiance, le futur sans objectif et la menace financière. Celui de Leibowitz démontrait la présence d'une phobie sociale marquée, le questionnaire PCLS révélait une dimension d'évitement importante, alors que celui de Young mettait en évidence des schémas précoces de personnalité inadaptée, un manque d'autonomie, une déficience personnelle, une absence de réussite, une inhibition émotionnelle, des idéaux exigeants et un négativisme/pessimisme. Il a estimé que l'évolution pouvait être considérée comme lentement favorable et que l'expertisé admettait lui-même une amélioration de son état. Il a considéré que le noyau de la problématique se situait au niveau de la personnalité de sorte qu'une thérapie de longue durée était nécessaire afin de modifier les schémas centraux dysfonctionnels, d'accroître le contrôle émotionnel, enfin, d'améliorer l'affirmation de soi et les aptitudes sociales. Il n'a pas relevé la présence de symptômes d'état de stress post-traumatique au moment de l'examen, mais a constaté un sentiment de honte relative à la conduite de l'assuré lors de l'agression. En définitive, il a admis que l'agression avait déstabilisé immédiatement l'équilibre fragile de l'expertisé, que ce dernier avait assimilé l'accident sur un mode négatif qui avait renforcé la mauvaise estime de lui-même, son sentiment d'incompétence et de fragilité, qu'il était impossible d'évaluer de manière fiable le rôle de la personnalité préexistante quant au vécu subjectif et à l'assimilation de l'accident, mais que l'assuré n'aurait pas décompensé (sur le même mode en tous cas) sans le vécu traumatique, enfin, qu'il existait au moins une causalité naturelle partielle avec l'accident du 24 juillet 2003 et que le statu quo sine serait probablement atteint d'ici le mois de juin 2006.

Ce rapport d'expertise se base sur des observations approfondies lors des deux entretiens avec le recourant. Il prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, du dos-

sier médical ainsi que des tests psychométriques. Il tient également compte de l'appréciation du Dr G_____. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail, enfin, sur le lien de causalité naturelle et a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes.

Le recourant dénie cependant au rapport du Dr H_____ une pleine valeur probante, estimant qu'il contient des incohérences en tant qu'il attribue ses troubles psychiques à un trouble de la personnalité dès le 1er juillet 2006, alors qu'avant l'agression il n'avait jamais présenté une quelconque symptomatologie psychiatrique. Toutefois, l'expert constate qu'une importante symptomatologie de nature anxieuse et de conduites phobiques, principalement sociales, existait de longue date et remontait à l'enfance. En conséquence, il n'y a aucune contradiction à admettre la préexistence d'un trouble de la personnalité et à fixer le terme des effets aggravants de l'agression au 30 juin 2006.

Il soutient également que la valeur probante du rapport du Dr H_____ est restreinte car son appréciation de l'atteinte du statu quo sine au 1er juillet 2006 doit être considérée comme un pronostic puisqu'elle repose sur des entretiens antérieurs à cette date. Le Tribunal ne saurait suivre le recourant dans son argumentation, car il est habituel que les experts médicaux raisonnent en termes de pronostic ce qui ne diminue nullement la valeur probante de leur appréciation. Par ailleurs, le Dr G_____ n'a fait état d'aucune aggravation de l'état de santé du recourant dans l'intervalle, mais, bien au contraire, d'une amélioration considérable ce qui confirme le pronostic favorable de l'expert.

Il reste à examiner si le dossier contient des indices concrets permettant de douter du bien-fondé des conclusions du Dr H_____. Le recourant se réfère à ce sujet aux divers rapports du Dr G_____.

Dans son rapport du 12 décembre 2005, le Dr G_____ a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) et un diagnostic différentiel envisageable d'état de stress post-traumatique (F 43.1). Il a indiqué que la symptomatologie était en relation directe avec l'agression du 24 juillet 2003 en précisant que la structure de la personnalité du recourant pouvait paraître plus complexe, mais que, néanmoins, la symptomatologie restait en rapport évident direct avec le traumatisme. Puis, dans son rapport du 27 mai 2006, il a mentionné un diagnostic inchangé ainsi qu'une évolution favorable à savoir que le vécu traumatique avait été élaboré, ses défenses renforcées et la symptomatologie psychopathologique corrigée. Il a précisé que, devant une telle évolution, ils avaient décidé d'arrêter la thérapie au début du mois de mai 2006 et qu'il était probable qu'une autre tranche de thérapie soit envisageable, mais sans rapport direct avec le traumatisme. Enfin, dans son rapport du 27 novembre 2006, le Dr G_____ a expliqué que la durée de la thérapie avait été déterminée par les prestations de l'assurance et que le traitement

avait été arrêté à la fin juin 2006. Il a ajouté que le traitement avait considérablement amélioré l'état de son patient puisque l'état dépressif avec son inhibition ainsi que les idées obsédantes avaient disparu. Il a exposé que, par contre, à la fin de sa thérapie, l'assuré présentait des reviviscences envahissantes, des rêves répétitifs, des hésitations avec une incapacité relative mais toujours présente à prendre des décisions mêmes banales. Il a considéré que l'état de l'assuré avait évolué d'un stress post-traumatique, ainsi que d'un trouble anxieux et dépressif mixte diagnostiqués au début de la thérapie vers un trouble obsessionnel-compulsif constaté à la fin de celle-ci.

Les divers rapports du Dr G_____ ne sont pas suffisamment motivés et sont contradictoires. En effet, le rapport du 27 mai 2006 fait état d'un diagnostic inchangé et d'une évolution favorable qui permettait d'arrêter la thérapie au début du mois de mai 2006 en précisant qu'une autre tranche de thérapie était envisageable, mais sans rapport direct avec l'agression. Quant à celui du 27 novembre 2006, tout en confirmant l'amélioration considérable de l'état du patient, il mentionne une fin de la thérapie en même temps que l'arrêt des prestations de l'assurance-accidents et un nouveau diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif, sans toutefois indiquer si ce dernier est en rapport de causalité avec l'agression. Force est de constater que le médecin traitant donne des explications divergentes d'un rapport à l'autre relatives à la fin du traitement de psychothérapie et pose des diagnostics différents dans son denier rapport tout en considérant l'évolution comme favorable.

De plus, il ressort de ce qui précède que, six mois plus tard, le Dr G_____ est revenu sur les déclarations contenues dans son rapport du 27 mai 2006, en répondant laconiquement à des questions posées par le mandataire du recourant et, surtout, sans discuter du maintien ou non d'un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'agression tout en invoquant un nouveau diagnostic.

Dès lors, les explications du Dr G_____ ne permettent pas de douter du bien-fondé des conclusions du Dr H_____.

8. Partant, le Tribunal de céans n'estime pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale judiciaire. Le recourant sera par conséquent débouté de sa requête dans ce sens.

9. En l'espèce, l'expert admet qu'il existe une causalité naturelle partielle avec l'accident du 24 juillet 2003, mais estime que le statu quo sine sera probablement atteint au mois de juin 2006. Il ressort de l'ensemble du rapport d'expertise que ce pronostic est motivé, d'une part, par l'évolution favorable de l'état de santé de l'assuré qui reconnaît lui-même aller de mieux en mieux depuis le début de l'année 2006, et d'autre part par le trouble de la personnalité.

Par ailleurs, cette conclusion est confirmée par le Dr G_____ qui, dans son rapport du 27 mai 2006, mentionne une évolution favorable avec renforcement des

défenses et correction de la symptomatologie psychopathologique permettant d'arrêter la thérapie au début du mois de mai 2006.

En conséquence, il convient d'admettre, au degré de vraisemblance prépondérante requis, qu'il existe un lien de causalité naturelle entre l'agression et les troubles psychiques jusqu'au mois de juin 2006 et que le statu quo sine a été atteint dès le mois de juillet.

10. En tout état de cause le lien de causalité adéquate ne peut être admis en l'espèce.

En effet, au vu du déroulement de l'agression du 24 juillet 2003 ainsi que de l'intensité de l'atteinte qu'elle a générée, il faut admettre qu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, comme l'a également jugé le Tribunal fédéral des assurances dans un cas concernant une assurée qui, à la suite d'un retrait d'argent à la banque, a été victime d'une agression commise par un inconnu muni d'une cagoule qui l'a projetée par terre et traînée avec une certaine force (ATFA non publié du 16 février 2005, cause U 138/04). Cet événement ne se trouve pas à la limite d'un accident grave, de l'avis de notre Haute Cour (cf. ATFA non publié du 16 février 2005, U 138/04 consid. 3.3.3, RAMA 1996 N° U 256 p. 215 ss). En revanche, il n'est pas contesté que, lors de l'incident du 24 juillet 2003, le recourant a subi une agression brutale et imprévisible susceptible de conférer un caractère impressionnant à l'attaque dont il a fait l'objet. Cependant, les lésions subies par le recourant, à savoir la fracture du nez ainsi que de trois dents, ne peuvent être qualifiées de lésions physiques graves, propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Quant à la durée de l'incapacité de travail due aux seules lésions physiques, elle est courte puisqu'elle n'a duré que du 24 juillet au 18 août 2003, soit un peu moins d'un mois. Enfin, les autres critères ne sont manifestement pas remplis. Seule une des conditions posées par la jurisprudence étant réalisée, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l’accident doit être niée.

11. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Bien qu'obtenant gain de cause, l'intimée ne peut, en sa qualité d'organisme chargé de tâches de droit public, prétendre à une allocation de dépens (ATFA non publié du 14 octobre 2002, U 83/02, consid. 5).

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 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.

Le greffier — La Présidente :

Claire CHAVANNES — Maya CRAMER

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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