

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4741/2007

ATAS/582/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 13 mai 2008**

En la cause

Monsieur V \_\_\_\_\_, domicilié à FERNEY, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître FIVIAN  
DEBONNEVILLE Sandra

recourant

contre

GENERALI ASSURANCES, sise av. Perdttemps 23, 1260 NYON

intimée

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et  
Christine TARRIT DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur V\_\_\_\_\_, travaillait comme cuisinier au restaurant X\_\_\_\_\_ et était à ce titre obligatoirement assuré contre les accidents professionnels et non professionnels au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (ci-après LAA) auprès de GENERALI.
2. Le 23 avril 2006, il a subi une fracture du maxillaire inférieur suite à une bagarre avec un collègue. Son employeur a déclaré l'accident à GENERALI le 25 avril 2006.
3. De l'avis de sortie établi le 24 avril 2006 par les urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), il ressort que le patient a été agressé au travail par un co-équipier qui lui a donné des coups de poing sur le visage à droite qui l'ont fait tomber, puis des coups de pieds sur tout le corps, mais sans perte de connaissance.

Le 5 mai 2006, le rapport a été complété comme suit :

"Le patient nous dit s'être fait agresser sur son lieu de travail par un collègue, qui lui assène par surprise un coup de poing violent sur le visage à droite provoquant sa chute. Puis il reçoit plusieurs coups de poing sur la tête par cette même personne. (...)" L'examen psychologique met en évidence un patient présentant une anxiété majeure, désespéré, triste, inquiet avec un visage figé et un regard fixe avec un tremblement de tout le corps.

4. L'assuré a repris son travail le 8 mai 2006.
5. L'assuré a expliqué le 11 mai 2006 à GENERALI avoir été agressé par un de ses collègues qui lui aurait "sauté dessus"...

Le même jour, l'assuré a déposé plainte pénale contre ce collègue.

Par courrier du 11 mai 2006, l'employeur lui a signifié son licenciement avec effet au 30 juin 2006, le congé a été retiré grâce à l'intervention de la mandataire de l'assuré.

6. Un rapport a été établi par la Polyclinique du service de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) le 21 juin 2006. Il y est indiqué que le patient a été victime d'une agression physique par un collègue de travail, par des coups de poings sur le visage et la tête. Il souffre d'un hématome, d'un œdème et de rougeur temporale droite prenant toute l'hémiface droite jusqu'en dessous du menton et de douleurs vives à la palpation de l'articulation temporo-mandibulaire. Il a ainsi subi une fracture sous-condylienne basse droite de la mandibule. Le pronostic s'agissant de la fracture est un risque de déplacement. Il est par ailleurs précisé que le patient

manifestait tous les symptômes de stress aigu, avec un risque d'évolution vers un PTSD (syndrome de stress post-traumatique).

Le Dr A\_\_\_\_\_ des HUG a déclaré le 28 juin 2006 qu'il y avait de bonnes chances de guérison sans intervention.

Le Dr. B\_\_\_\_\_, du service de chirurgie maxillo-faciale et chirurgie buccale des HUG, a relevé une bonne évolution du cas le 22 novembre 2006 et précisé que la durée probable du traitement était d'une année, étant ajouté que la sous-condylienne peut provoquer "un problème dérangement interne voire arthrose à long terme".

Le 22 mai 2007, le Dr B\_\_\_\_\_ a répondu : "tout va bien", à la question de savoir si l'on pouvait attendre une amélioration.

7. Dans un rapport du 4 juillet 2007, le Dr C\_\_\_\_\_, chirurgien dentiste, a indiqué que l'assuré se plaignait de blocages répétés de la mâchoire, de cervicalgies, de céphalées de tension associées aux dysfonctions crânio-cervico-mandibulaires (ci-après SADAM) et d'hypoacousie. Il a constaté des myalgies faciales et cervicales, un SADAM associé à des déplacements discaux réductibles et une limitation de rotation céphalique bilatérale. Il a ainsi posé les diagnostics de SADAM post-traumatique et des dérangements temporo-mandibulaires post-traumatiques. Selon lui, la guérison devait intervenir dans un délai d'un à deux mois.
8. Par courrier du 1<sup>er</sup> août 2007, l'assuré a sollicité de GENERALI la prise en charge d'un traitement de séances de psychothérapie.
9. Dans un rapport du 22 août 2007, Madame D\_\_\_\_\_, psychologue, a expliqué que l'assuré présentait les symptômes suivants :
  - manque de concentration dans ses activités
  - il est nerveux et sursaute facilement,
  - il ressent encore beaucoup d'émotions négatives liées à l'agression,
  - il a des difficultés à s'endormir le soir,
  - il manifeste des comportements d'évitement en essayant de ne pas se rappeler l'événement,
  - il est souvent en état d'hyper-vigilance,

et indiqué que ces symptômes mettaient en évidence un état de stress qui perdurait après l'agression. Elle a ajouté que l'assuré était venu la consulter après avoir pris contact avec le Centre de consultation pour victimes d'infractions (LAVI) de Genève afin de dépasser l'état d'épuisement dans lequel le mettait son attitude de contrôle permanent, dans la mesure où son lieu de travail et ses douleurs physiques lui rappelaient l'événement traumatique.

10. Par courrier du 27 août 2007, GENERALI a considéré que la vraisemblance d'un lien de causalité entre l'événement du 23 avril 2006 et les troubles d'origine psychiatrique nécessitant des séances de psychothérapie n'avait pas été établi. Elle a dès lors rejeté la demande de l'assuré, lui suggérant d'annoncer le cas à sa caisse-maladie.
11. L'assuré, représenté par Maître Sandra FIVIAN DEBONNEVILLE, a contesté ce refus le 20 septembre 2007. Il produit une attestation de Madame D\_\_\_\_\_ - datée du 24 août 2007, et aux termes de laquelle "il bénéficie de séances de psychothérapie après avoir consulté le Centre LAVI à Genève suite à une agression subie sur son lieu de travail le 23 avril 2006 (...)".
12. Le 16 juillet 2007, le Dr B\_\_\_\_\_ a fait état de douleurs inconstantes dans la région ATM droite et temporale droite, ainsi que d'une bonne évolution.
13. Par courrier du 26 septembre 2007 adressé à GENERALI, le Centre LAVI a attesté du fait que "sur le plan psychologique, l'assuré a fait face dans un premier temps et n'a donc pas jugé nécessaire de consulter un psychothérapeute. Ce n'est qu'après quelques mois que l'assuré a vu son état psychologique se dégrader et est revenu nous consulter, puis a entrepris un traitement psychothérapeutique approprié à cet état". Il est rappelé que Madame D\_\_\_\_\_ établit un lien direct entre l'état de stress avec trouble de la concentration, d'hyper-vigilance, de difficultés d'endormissement, de comportements d'évitement, etc, et l'agression dont l'assuré a été victime.
14. Par décision du 28 septembre 2007, GENERALI a confirmé son refus de prendre en charge les frais médicaux relatifs aux troubles d'origine psychiatrique pour lesquels l'assuré consulte Madame D\_\_\_\_\_. Elle considère que le lien de causalité adéquate n'est pas rempli, s'agissant en l'espèce d'un accident de gravité moyenne. Elle garantit toutefois la prise en charge des éventuelles visites de contrôle en relation avec l'atteinte à la mâchoire.
15. L'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire, a formé opposition le 18 octobre 2007. Il ne conteste pas qu'il s'agisse d'un accident de gravité moyenne, mais reproche à GENERALI son évaluation des circonstances concomitantes pour nier l'existence du lien de causalité adéquate entre l'accident et la survenance des troubles psychologiques. Il fait valoir que les lunettes qu'il portait ont été détruites, ce qui a "renforcé le caractère dramatique de l'agression qu'il a subie en lui faisant craindre pour l'intégrité de ses yeux et en le diminuant encore davantage dans ses facultés d'appréhender ce qui se passait et de se protéger. " Il invoque également le traumatisme supplémentaire qu'a constitué pour lui son licenciement.
16. Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2007, GENERALI a rejeté l'opposition.

17. L'assuré a interjeté recours le 3 décembre 2007 contre ladite décision. Il conclut à son annulation et à ce qu'il soit dit que le traitement des troubles psychiques doit être pris en charge par GENERALI.
18. Dans son mémoire de réponse du 19 décembre 2007, GENERALI relève qu'aucun des critères jurisprudentiels applicables en cas d'accident de gravité moyenne n'est réalisé dans le cas d'espèce, de sorte que le lien de causalité adéquate doit être nié. Elle constate également que seule la première consultation fait état d'un PTSD. Tous les autres rapports mentionnant un état de stress ne font que relater les premières heures qui ont suivi l'accident. Ce n'est qu'en août 2007, soit près de 16 mois après l'événement, que l'assuré annonce la présence de troubles psychiques et sa décision de consulter un psychologue. GENERALI conclut dès lors au rejet du recours.
19. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Le présent litige, qui concerne le droit éventuel à des prestations suite à un accident survenu en avril 2006, doit être examiné à l'aune des nouvelles dispositions.
3. Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a).

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 prévoit un délai de recours de trois mois.

Interjeté en temps utile et selon la forme prescrite, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé la prise en charge d'un traitement de séances de psychothérapie.
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). Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références).
6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. 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, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht

---

[SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

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 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.

7. 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).
8. 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).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). La Cour européenne des droits de l'homme a estimé que ce principe n'était pas contraire à l'art. 6 par. 1 CEDH garantissant le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917). Cette situation peut cependant faire naître des soupçons de prévention qui, pour être retenus, doivent reposer sur des éléments objectifs et pas uniquement sur les impressions de l'assuré (ATFA non publié du 17 février 2006, U 234/05, consid. 2.1).

En outre, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d)

S'agissant enfin de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

9. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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. 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb, ATFA du 14 février 2006, U 351/04, consid. 3.2 et les références citées).

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 dramatiques 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).

10. En l'espèce, l'intimée ne s'est pas déterminée sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les troubles psychiques. Cette question peut quoi qu'il en soit rester ouverte, la causalité adéquate devant être niée, comme il sera vu ci-après.
11. Il y a lieu dans un premier temps de déterminer dans quelle catégorie d'accidents doit entrer l'agression subie par l'assuré. Celui-ci ne conteste pas que l'événement doive être qualifié d'accident de gravité moyenne.

Dans un arrêt du 28 août 2001 (U 9/00), le Tribunal fédéral a retenu qu'une assurée, jetée à terre par le fils de son compagnon, qui avait ensuite tenté de l'étrangler, lui avait frappé la tête à plusieurs reprises contre le sol et donné des coups de genoux dans le dos et les reins, avait été victime d'un événement devant être qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves. Dans un arrêt du 8 mai 2007 (U 36/07), il a admis qu'il en allait de même pour une agression commise devant le domicile de l'assuré à 4 heures du matin par trois hommes tout de noir vêtus, dans un contexte de menaces, chantage et tentative d'extorsion qui avait pour conséquence que l'intéressé connaissait assurément la détermination de ses agresseurs et pouvait sérieusement craindre pour sa vie ou du moins pour une perte importante et permanente de son intégrité corporelle; l'assuré avait été roué de coups de bâton. Dans le cas d'un employé de sécurité pris à partie, dans le cadre de

sa profession, par des clients du dancing dans lequel il travaillait et qui l'avaient frappé notamment derrière la tête à l'aide d'une chaise, causant un traumatisme crânio-cérébral, une plaie au cuir chevelu et une fracture au niveau des cervicales et occasionnant une hospitalisation de 3 jours, notre Haute Cour avait considéré qu'il s'agissait là d'un accident de gravité moyenne (arrêt U 339/99 du 17 avril 2000). Enfin, l'agression dont a été victime une femme voulant retenir son sac à main et s'étant fait projetée à terre et traînée sur le sol par l'homme cagoulé qui tentait de s'en emparer, la juridiction fédérale a nié qu'un tel événement se situe à la limite des accidents graves (arrêt du 16 février 2005, U 138/04).

12. En l'occurrence, l'agresseur a donné à l'assuré un coup de poing sur le visage, semble-t-il assez violent il est vrai, pour provoquer sa chute, puis plusieurs autres. Dans son ensemble, l'agression n'a toutefois pas été - heureusement pour l'intéressé - suffisamment violente pour que celui-ci en vienne à craindre légitimement pour sa vie ou son intégrité corporelle sur le long terme, ce quand bien même les lunettes qu'il portait ont été alors détruites. Il se justifie dès lors de constater, au vu de la jurisprudence, que l'assuré a été victime d'un accident de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents graves.
13. En l'occurrence, les critères déterminants que sont, aux termes de la jurisprudence citée ci-dessus, la gravité des lésions subies, la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes ainsi que la durée et le degré de l'incapacité de travail dus aux seules atteintes à la santé physique, font défaut. D'une part, les lésions physiques ne sauraient être qualifiées de graves. Le Dr B\_\_\_\_\_ a relevé une bonne évolution du cas le 22 novembre 2006 et indiqué que tout allait bien le 22 mai 2007. Le Dr C\_\_\_\_\_ a posé le 4 juillet 2007 les diagnostics de SADAM post-traumatique et des dérangements temporo-mandibulaires post-traumatiques, tout en précisant que la guérison devait intervenir dans un délai d'un à deux mois. Le 16 juillet 2007, le Dr B\_\_\_\_\_ fait état de la persistance de douleurs dans la région ATM droite et temporale droite, mais d'une bonne évolution. D'autre part, il n'y a eu ni complications importantes, ni erreur médicale dans le processus de guérison. Quant au caractère de l'agression, s'il ne fait pas de doute qu'elle s'est révélée assez brutale, on ne saurait admettre qu'elle revête un caractère impressionnant d'une acuité particulièrement élevée au sens de la jurisprudence. Reste comme seul critère celui des douleurs physiques persistantes, mais ce critère à lui seul ne permet pas de retenir un lien de causalité adéquat, en cas d'accident de gravité moyenne.
14. S'agissant du risque d'évolution vers un syndrome de stress post-traumatique auquel fait allusion le médecin de la Polyclinique du service de chirurgie des HUG dans son rapport du 21 juin 2006, le Tribunal de céans constate, à l'instar de l'intimée, que ce médecin se réfère à l'état dans lequel se trouvait l'assuré le jour même de l'agression, de même que celui qui a rédigé l'attestation du 5 mai 2006, selon laquelle l'assuré présentait une anxiété majeure, était désemparé, triste et inquiet.

Aucun autre rapport jusqu'au 22 août 2007 ne mentionne l'existence de troubles psychiques.

Il est vrai que dans son courrier du 26 septembre 2007, le Centre LAVI a expliqué que "ce n'est qu'après quelques mois que l'assuré a vu son état psychologique se dégrader". Il n'en reste pas moins vrai que les conditions pour admettre un lien de causalité adéquate entre l'événement du 23 avril 2006 et les troubles psychiques de l'assuré nécessitant un traitement de séances de psychothérapie ne sont pas réalisées.

15. Le recours se révèle par conséquent mal fondé et ne peut qu'être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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