RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/82/2005 **ATAS/1091/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 30 novembre 2006

En la cause

Monsieur B_____, domicilié c/o Madame F_____, GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio LOCCIOLA	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

2. B_____, né en 1959, serveur, a eu un premier accident de travail en 1994, alors qu'il travaillait à la brasserie LIPP, qui a rendu nécessaire une opération au niveau du genou droit à deux reprises. Ensuite, il n'a plus rencontré de problèmes avec ce genou mais ressentait toutefois, lors des changements climatiques, de fortes douleurs qui disparaissaient après quelques jours.

3. Engagé par X_____SA le 2 juillet 1999, il a été placé comme serveur au restaurant du Y_____. Il était assuré pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA).

4. Le 12 novembre 1999, alors qu'il descendait les escaliers de l'hôtel, il a raté une marche et, après une torsion de la cheville, a chuté en avant en se cognant le genou droit, le bas du dos et l'arrière du crâne. Selon la déclaration d'accident : "il a glissé dans les escaliers qui n'étaient pas éclairés et a terminé sa course au bas des escaliers. Une de ses jambes s'est prise dans des barreaux et il a fallu les scier pour dégager sa jambe". Il ressort de cette déclaration d'accident que l'assuré a été atteint à la jambe droite et a subi une commotion cérébrale et qu'il a passé une nuit aux soins intensifs de l'hôpital universitaire de Genève (HUG).

5. Les radiographies ont permis d'exclure une fracture. Le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral avec contusions multiples a été retenu. Le scanner cérébral a confirmé l'absence de signes de lésions cérébrales. L'évolution a été marquée par une symptomatologie importante.

6. Il ressort d'un rapport d'entretien entre l'assuré et un collaborateur de la SUVA le 13 décembre 1999 qu'après sa chute, l'assuré a été en état de choc et qu'il a été fait appel à un médecin d'urgence qui lui a administré un calmant par injection. Il a été transporté aux urgences par ambulance et est resté en observation 24 heures dans le service des soins intensifs avant de pouvoir regagner son domicile. L'assuré dit souffrir de vertiges, de bourdonnements constants du côté pariétal et temporal droit et de problèmes de vision. Il dort beaucoup, se sent très diminué physiquement et moralement, se déplace à l'aide de béquilles.

7. Le 25 novembre 1999, le Dr. A_____, spécialiste FMH en radiologie à la "établissement hospitalier", a conclu à l'absence de signes de lésion cérébrale et de collection, en particulier hémorragique sous-durale.

8. Une IRM du genou droit a été pratiquée le 9 décembre 1999. Le Dr. B_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à un status après plastie du ligament croisé antérieur (LCA) qui montrait une continuité conservée sans argument en faveur d'une récidive de déchirure, à l'absence d'argument en faveur d'une déchirure méniscale, à une condropathie rotulienne touchant la facette intermédiaire et le versant interne de grade 2 et à une ébauche de réaction ostéophytaire fémoro-tibiale externe.

9. Dans un rapport du 10 janvier 2000, le Dr. C_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-traitant, a indiqué à la SUVA que son patient souffrait de douleurs diffuses, de troubles fluctuants de la conscience, de vertiges et de troubles oculaires. Il l'a décrit comme abattu, souffrant de douleurs diffuses à la mobilisation dans la région cervicale, lombaire, le coude et le genou droit, a fait état d'hématomes dans la région pectorale droite et sur la jambe droite et de dermabrasion superficielle du genou droit. Il a fait également état d'un status neurologique normal. Il a conclu à un trouble crânio-cérébral avec contusions multiples.

10. Un bref rapport similaire a été rendu dans le même sens par le Dr. D_____, le 16 janvier 2000.

11. Le Dr E_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a indiqué, par courrier du 14 janvier 2000, que depuis son accident, qui lui avait occasionné un traumatisme crânien sans perte de connaissance, le patient se plaignait de céphalées et également de l'apparition de taches mobiles noirâtres dans son champ visuel. L'examen du fond de l'œil avait montré un décollement postérieur du vitré avec condensation vitréenne sans lésion rétinienne. Le médecin a ajouté que le patient présentait une décompensation d'une hyperméthropie suite au traumatisme crânien.

12. Dans un rapport du 13 mars 2000, le Dr C_____ a posé les diagnostics de chute avec contusions occipitales, entorse du genou droit et état dépressif. Il a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assuré évoluait lentement sous traitement rééducatif régulier.

13. Le 11 avril 2000, le Dr. F_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à l'examen de l'assuré. Il a indiqué que les douleurs présentes auparavant au genou droit avaient été aggravées par l'accident, qu'un traitement de physiothérapie avait été pratiqué mais qu'à ce niveau-là, la symptomatologie persistait. Quant au niveau cervical, il subsistait des douleurs résiduelles. S'y ajoutaient des douleurs lombaires. L'assuré se plaignait alors toujours de bourdonnements, de maux de tête et de taches noires devant les yeux.

    Le médecin a remarqué que l'assuré était manifestement très éprouvé par son accident, aussi bien sur le plan physique que psychologique. Il a constaté durant son examen des troubles de la mémoire immédiate. Il a conclu que plus de quatre mois après l'accident ayant touché le genou droit, la tête et la colonne vertébrale, l'assuré

ne montrait aucun signe d'amélioration, qu'il était complètement décompensé sur le plan physique et psychologique. Il a préconisé un bilan neuropsychologique pour évaluer les conséquences du traumatisme crânien. Il a ajouté qu'au niveau du genou droit, l'articulation posait clairement problème avant l'accident car, selon les examens pratiqués peu de temps auparavant, il existait une réduction de mobilité et une laxité. Selon lui, fondamentalement, l'articulation n'a pas été modifiée par l'accident mais la symptomatologie est beaucoup plus importante. Il a recommandé qu'il soit procédé à un bilan multidisciplinaire auprès de la clinique romande de réadaptation (CRR).

14. Du rapport d'appréciation orthopédique établi le 6 juin 2000 par la CRR, il ressort que le patient présentait alors des gonalgies importantes, invalidantes depuis une plastie du LCA du genou droit avec ménisectomie externe partielle en 1994 associée en 1997 à un forage de la rotule et enfin nouvelle entorse du genou droit en novembre 1999. Le Dr G_____, orthopédiste, a conclu à une limitation fonctionnelle en raison des douleurs et à une impotence fonctionnelle assez importante . Il a indiqué qu'à l'admission du patient, le 30 mai 2000, ce dernier se plaignait de douleurs paravertébrales cervicales et lombo-sacrées, de douleurs au genou droit, constantes de jour comme de nuit ainsi que de maux de tête et de vertiges. Objectivement, ont été constatées : des contractures musculaires lombaires droites et cervicales gauches, une importante diminution de la mobilité lombaire dans tous les plans, de la mobilité cervicale en flexion-extension et latéralité, du genou avec craquement lors de la mobilisation, une hypo-extensibilité des membres inférieurs droits et des paravertébraux. Le médecin a ajouté qu'en position debout, le patient déchargeait complètement son côté droit, et qu'il marchait avec deux cannes, en trois temps. Il a été mentionné que l'assuré n'avait bénéficié que de trois séances de physiothérapie car il avait annulé les autres et qu'à sa sortie, le 2 juin 2000, la mobilité lombaire et celle du genou étaient meilleures, voire spectaculaires.

15. Du consilium psychiatrique du 13 juin 2000 des Drs. H_____ et. I_____, neuropsychologue, il ressort que l'assuré souffre d'un état de stress post-traumatique possible et d'un état dépressif majeur. Les médecins ont conclu à l'absence d'antécédents psychiatriques tant personnels que familiaux. Ils ont relevé qu'après un accident potentiellement grave, l'assuré s'en était tiré finalement sans grands dommages somatiques mais que son état évoluait vers une pathologie psychiatrique fonctionnelle mal explicable en l'état. Certains éléments parlaient pour un état de stress post-traumatique avec notion d'intrusion (cauchemars, flash-back). Pourtant ces éléments n'avaient pas de caractère constant et avaient été en régression dès les premières semaines après l'accident. Il n'y avait pas non plus de conduite d'évitement et les médecins se sont posés la question de l'adéquation entre l'événement traumatique et le tableau psychiatrique. L'évaluation a permis de retenir un mouvement dépressif significatif, un ralentissement psychomoteur et les médecins ont conclu à un état dépressif majeur de degré moyen. L'examen neuro-

psychologique a mis en évidence des troubles mnésiques et exécutifs associés à un ralentissement.

16. Du rapport final de la CRR, établi le 23 juin 2000 par les Drs. J_____, médecin chef du service de neuro-réadaptation, et. K_____, médecin assistant de ce même service, il ressort que les diagnostics suivants ont été posés : TCC léger avec syndrome post-commotionnel, état dépressif majeur et probable état de stress post-traumatique, entorse du genou droit, gonarthrose tri-compartimentale droite, cervicalgies et lombalgies chroniques, status post-plastie du LCA et ménisectomie externe partielle du genou droit en 1994, status post forage de la rotule en 1997. L'assuré a mentionné une amnésie des trois premières heures de son hospitalisation. Puis s'est développée une symptomatologie protéiforme faite d'acouphènes bilatéraux, associée à une hypoacousie bilatérale, des céphalées en casque, constantes, des troubles visuels avec taches noires devant les yeux, mobiles et présentes sans arrêt, une vision floue et une diplopie monoculaire, des troubles de l'équilibre avec tendance à la chute sans latéralisation, de brefs vertiges rotatoires très fluctuants en fréquence, parfois plusieurs fois par jour, parfois sans récidive pendant plusieurs jours, des bouffées de chaleur et des tremblements, des troubles du sommeil, des cauchemars récidivants, une importante fatigue. Au niveau cognitif le patient a décrit des troubles de l'attention et de la concentration, des troubles mnésiques, une maladresse inhabituelle, une importante irritabilité et des troubles de la programmation.

    Les médecins ont mis en évidence plusieurs problèmes : tout d'abord une symptomatologie protéiforme faite d'acouphènes bilatéraux associés à une hypoacousie, à des céphalées et à des troubles visuels ainsi qu'à des troubles de l'équilibre importants et à de fréquents et brefs vertiges rotatoires. Le status neurologique détaillé a révélé de nombreuses anomalies toutes incohérentes et revêtant même parfois un caractère fonctionnel. Ils ont soupçonné une origine non organique aux troubles présentés et pour confirmer leur diagnostic, ont prévu une IRM cérébrale qui a été annulée compte tenu du refus du patient.

    Par ailleurs les médecins ont observé une thymie nettement dépressive. Le Dr H_____ a été frappé par le contact particulier souvent anxieux et même franchement phobique ainsi que par le comportement régressif et parfois hystrionique du patient.

    Par ailleurs des troubles cognitifs subjectifs avec mise en évidence au bilan neurologique de troubles mnésiques et exécutifs et d'un ralentissement psychomoteur ont été relevés, ainsi que des nucalgies et lombalgies irradiant dans la face latérale du membre inférieur droit.

Le status d'entrée révélait une limitation fonctionnelle tant cervicale que lombaire, associée à une contracture paravertébrale aux deux niveaux. On notait également des raccourcissements musculaires multiples.

Au cours du séjour, le patient a bénéficié d'une prise en charge physiothérapeutique malheureusement restreinte au vu de la brièveté de l'hospitalisation.

La revue des documents radiologiques a montré une gonarthrose tricompartimentale après dominance fémoropatellaire.

En résumé, les médecins ont indiqué que le problème principal présenté par l'assuré était un syndrome post-commotionnel et psychiatrique avec un probable état de stress post-traumatique compliqué par un état dépressif majeur. Ils ont ajouté qu'au cours de son séjour, il s'était montré inaccessible à toute prise en charge spécifique et avait préféré mettre fin à son hospitalisation après seulement cinq jours passés au sein de l'établissement.

Les médecins ont proposé la poursuite de la physiothérapie et, surtout, la prise en charge psychiatrique en ambulatoire. Ils ont également préconisé une hospitalisation dans un établissement multidisciplinaire. Ils ont estimé qu'une reprise professionnelle n'était pas envisageable en l'état.

17. Dans un rapport du 15 septembre 2000, le Dr C_____ a qualifié le cas d'extrêmement complexe. Il a souligné que les troubles psycho-affectifs étaient au premier plan et que son patient demeurait totalement réfractaire à une prise en charge en milieu hospitalier. Il l'a décrit comme abattu moralement.

18. L'assuré s'est vu octroyer par l'assurance-invalidité, avec effet au 1er novembre 2000, une rente entière. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité en a informé l'assureur accidents et a précisé que sa décision se fondait essentiellement sur les troubles psychiques de l'assuré.

19. Dans un rapport du 6 décembre 2000, le Dr C_____ a confirmé que l'élément essentiel qui dominait le tableau clinique était la persistance d'un état dépressif chez un patient "de plus en plus figé sur son isolement" et sa passivité, dévalorisé et négatif, malgré un réajustement des anti-dépresseurs, Il s'est même posé la question d'un éventuel trouble sous-jacent de la personnalité décompensé par l'accident. Au final, il a préconisé une expertise psychiatrique.

20. Dans un rapport du 23 janvier 2001, le Dr F_____, médecin d'arrondissement, a indiqué que parallèlement à la symptomatologie subjective après commotion cérébrale s'était développée une symptomatologie psychique catastrophique qui interdisait à l'assuré pratiquement tout contact et tout travail. Il a estimé que, sans les perturbations psychologiques, la symptomatologie de gonarthrose et celle de douleurs lombaires pourraient être gérées dans le contexte d'une profession intellec-

tuelle et sédentaire. L'essentiel de la situation clinique était cependant conditionné par l'état psychologique et ne s'était pratiquement pas modifié depuis le mois d'avril 2000. En résumé, l'état somatique était stable, et il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité somatique de l'appareil locomoteur suite à l'accident. En effet la gonarthrose trigopartimentale du genou droit est conditionnée par l'intervention chirurgicale de 1994 et n'est pas une conséquence de la contusion du genou de 1999 et aucune lésion n'avait été découverte au niveau lombaire.

21. Le 18 juillet 2002, le Dr L_____, neurologue rattaché à la division médecine des assurances de la SUVA à Lucerne, après examen du dossier, a conclu que l'état de l'assuré était dominé par des troubles psychiques sévères, dont la cause ne pouvait s'expliquer clairement. Il a préconisé une expertise psychiatrique.

22. Après consultation de l'assuré, un mandat d'expertise a été confié au département universitaire de médecine et santé communautaire de l'Etat de Vaud.

23. Dans un courrier rédigé le 8 mai 2002, le Dr. M_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'examen clinique neurologique auquel il avait procédé devait être considéré comme normal, qu'il en allait de même de l'électro-encéphalogramme, qu'il avait l'impression d'avoir affaire à un patient dont la vie avait basculé après l'accident et qui s'était mis dans un état de tristesse extrêmement intense qui expliquerait vraisemblablement son caractère démonstratif, que cette idée était confortée par le fait que le scanner cérébral n'avait pas révélé de lésion particulière.

24. Dans un rapport du 27 mai 2002, le Dr N_____, médecin généraliste, a fait état d'une réaction psychopathologique et d'une tristesse extrêmement intense du patient.

25. Ce sont les Drs. O_____ et. P_____ qui ont procédé à l'expertise psychiatrique de l'assuré. Ils ont rendu leur rapport le 14 avril 2003. Pour ce faire, ils se sont basés sur trois entretiens avec l'assuré, un examen psychologique, un examen neuropsychologique, un contact téléphonique avec son médecin traitant, le Dr N_____, et la consultation du dossier médical.

    Ils ont indiqué qu'il n'avait jamais pu être établi avec certitude si l'expertisé avait perdu connaissance ou non après sa chute.

    Depuis son accident, l'assuré se plaint de troubles de l'équilibre et de la marche, de vertiges et surtout de douleurs au niveau de la tête, de la colonne vertébrale et de la jambe droite. Il présente par ailleurs des troubles au niveau cognitif, en particulier des troubles de la concentration et de la mémoire, ainsi qu'une grande fatigabilité et des troubles du sommeil. Les examens cliniques effectués par le médecin généraliste et les médecins spécialistes n'ont pu que partiellement confirmer une étiologie organique susceptible d'expliquer cette symptomatologie. L'examen psychologique

n'a pas révélé de particularité du fonctionnement psychotique de la pensée, ni de troubles d'insertion dans la temporalité et la spatialité.

L'examen neuropsychologique a révélé un patient qui paraît effondré sur le plan psychique, qui n'est pas en mesure de collaborer à l'examen dont les résultats, globalement déficitaires, ne sont pas contributifs. Les diagnostics suivants ont été posés : syndrome douloureux somatoforme persistant, troubles dissociatifs de conversion mixte et épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

Les médecins ont relevé que les plaintes principales de l'expertisé concernaient une symptomatologie douloureuse : l'assuré attribue la majorité des symptômes déficitaires cognitifs et moteurs à des douleurs chroniques et intenses. Selon l'assuré, ce sont les céphalées qui sont responsables d'une grande fatigue chronique ainsi que des troubles de la concentration et de la mémoire. Les douleurs au niveau du dos et de la jambe droite sont pour leur part, toujours selon l'assuré, responsables de l'inhibition et de l'instabilité à la marche.

Selon les médecins, l'assuré présente un tableau clinique qui associe une multitude de symptômes relevant principalement soit d'un trouble douloureux somatoforme persistant soit d'un trouble dissociatif de conversion. Les experts ont expliqué que les troubles dissociatifs et les troubles somatoformes sont des entités nosologiques proches l'une de l'autre puisque les deux ont pour déterminant principal l'existence d'un conflit émotionnel important non résolu. Ces deux troubles se caractérisent aussi par le fait que des examens ne mettent pas en évidence de corrélation organique susceptible d'expliquer les symptômes. Les plaintes et symptômes de l'expertisé n'ont pratiquement pas de rapport avec les éléments objectifs apportés par les multiples investigations cliniques qui ont été effectuées au cours des trois dernières années. Il a bien sûr subi un traumatisme grave avec impact au niveau du crâne, de la colonne vertébrale lombaire et de la jambe droite mais tous les examens pratiqués depuis cet accident n'ont pu mettre en évidence de lésions organiques qui pourraient expliquer la symptomatologie hautement déficitaire de l'expertisé.

Les déficits moteurs (troubles de l'équilibre, difficultés à se déplacer, bégaiement) et cognitifs (troubles de la concentration, de l'élocution et de la mémoire) ont conduit les médecins à poser le diagnostic de troubles dissociatifs de conversion. Le diagnostic d'un tel trouble exige cependant qu'il survienne en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles, insupportables ou des relations interpersonnelles difficiles. Ces observations ont été corroborées par les indications reçues de son médecin traitant. Les deux médecins ont conclu que même s'il le nie, l'assuré vit manifestement une souffrance psychologique importante. Ils ont également confirmé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant en soulignant la discrépance entre la symptomatologie clinique et le status qui se révèle la plus importante à l'examen neurologique. Quant au diagnostic d'état dépressif sévère, il a été posé sur la base du status clinique et sur les

indications de l'expertisé concernant son mode de vie, marqué par un apragmatisme quasi-total. Les médecins ont conclu à une humeur dépressive, à une diminution de l'intérêt et du plaisir et à une augmentation de la fatigabilité.

Ils ont cependant estimé que le diagnostic d'état de stress post-traumatique posé par le Dr H_____ ne pouvait pas ou plus être posé au moment de leur examen. En effet, l'assuré n'a pas indiqué souffrir de souvenirs envahissants, de rêves ou de cauchemars en rapport avec l'accident.

Les médecins n'ont pu donner de réponse claire à la question de savoir si l'assuré souffrait déjà avant l'accident d'une affection psychique. L'assuré a en effet refusé de leur permettre de contacter des personnes qui auraient pu compléter l'anamnèse par des données hétéro-anamnestiques. Selon les médecins, l'accident, ne serait-ce que par son retentissement sur une vie professionnelle - qui apparaissait satisfaisante -, a constitué un traumatisme qui n'a probablement pas pu être élaboré psychiquement et il est sans doute venu précipiter la décompensation d'une vie psychique probablement fragile. L'assuré présente une structure de personnalité où prédominent des traits dépendants, passifs, agressifs et hypocondriaques qui contribuent considérablement à une majoration de la symptomatologie clinique. Les médecins n'ont cependant pu se montrer formels quant à la préexistence d'un trouble de la personnalité.

Ils ont estimé qu'au seul regard des troubles psychiques, la capacité de travail de l'assuré dans une quelconque activité professionnelle était nulle. Ils se sont par ailleurs déclarés dans l'impossibilité de répondre à la question de savoir quelle part prenaient les facteurs étrangers à l'accident dans le tableau psychique actuel.

26. Dans un rapport du 28 mai 2004, le Dr L_____, après étude du dossier, a conclu qu'il n'y avait toujours pas d'éléments indiquant une lésion du système nerveux central lors de l'accident. Il a fait remarquer que les troubles tels que la perception modifiée des stimuli ou les déficits lors du testing neuropsychologique n'étaient donc pas imputables - au moins au degré de la vraisemblance - à une lésion cérébrale traumatique. Il a noté par ailleurs qu'une commotion cérébrale sans complication ne laissait attendre aucun trouble neuropsychologique résiduel chez un homme comme l'assuré, âgé de quarante ans et en bonne santé auparavant. Les examens psychiatriques ont conduit aux diagnostics de syndrome douloureux somatoforme, de troubles dissociatifs mixtes et d'épisode dépressif sévère. Le médecin a fait remarquer que les troubles psychiques s'accompagnent souvent d'une symptomatologie neurologique et neuropsychologique. Selon lui, les troubles de l'assuré peuvent s'entendre dans ce contexte. Il a rappelé que l'exploration psychiatrique, tout comme d'ailleurs l'examen neurologique effectué par le Dr M_____, avaient été entravés par une collaboration défavorable. Il a émis l'avis que l'étendue des problèmes psychiques pouvait, de ce fait, avoir été sous-estimée. Concernant les troubles neurologiques, le Dr L_____ a estimé que le statu quo ante avait

été atteint dans la mesure où on ne constatait aucune lésion neurogène provoquant ces troubles ou les liant causalement à l'accident par l'intermédiaire d'un substrat somatique. Selon lui, du point de vue neurologique, il n'existe pas de perte fonctionnelle lésionnelle. Il a toutefois nuancé son propos en précisant que les effets secondaires des médicaments psycho-actifs prescrits et les vertiges non spécifiques ne permettaient pas l'exécution de travaux avec des machines présentant un fort potentiel de danger pour l'opérateur et pour les tiers ni de travaux comportant un risque de chute. Le médecin a encore proposé que l'expertise psychiatrique de Lausanne soit analysée en détail par un spécialiste en psychiatrie.

27. Par décision du 6 août 2004, la SUVA a mis un terme au versement de ses prestations au 15 août 2004 au motif que les troubles présentés par l'assuré n'étaient pas ou plus en relation de causalité avec l'accident.

28. Le 30 août 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision qu'il a complétée les 12 octobre et 1er décembre 2004.

29. Par décision sur opposition du 9 décembre 2004, la SUVA a confirmé sa décision du 6 août 2004. Elle a fait remarquer qu'il n'était pas contesté que l'assuré ne souffrait plus de troubles organiques en relation de causalité avec l'accident et que seule restait donc litigieuse la situation psychique. Or, sur ce point, le rapport d'expertise ne permettait pas d'admettre que les troubles présentés par l'assuré étaient en relation de causalité naturelle pour le moins probable avec l'accident. Quoi qu'il en soit, la SUVA a fait remarquer que ce point n'était pas déterminant dans la mesure où l'existence d'une relation de causalité adéquate devait de toute manière être niée. Elle a estimé que l'assuré avait tout au plus subi un traumatisme crânio-cérébral simple et que même si l'on admettait qu'il existait en partie des plaintes appartenant à la symptomatologie typique d'un mécanisme de coup du lapin, celles-ci étaient tout à fait en arrière-plan par rapport à l'existence d'une importante problématique psychique. Selon la SUVA, l'accident doit être classé dans la catégorie intermédiaire et l'existence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ne peut être admise. Elle a rappelé à cet égard que, selon la jurisprudence, ce critère n'est pas rempli en l'absence de flash-back. Elle a ajouté qu'au plan objectif, l'accident n'avait pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant, que les lésions physiques subies par l'assuré n'étaient pas propres à causer des troubles psychiques, qu'aucune erreur médicale n'était intervenue, que la durée du traitement médical pour les seules séquelles organiques ne pouvait être qualifiée d'anormalement longue, que l'incapacité de travail avait été influencée par la situation psychique et ne saurait constituer un facteur de causalité vu que l'assuré a vite présenté des troubles psychiques, et que par ailleurs il ne souffre pas de douleurs importantes en raison de sa situation somatique.

30. Par courrier du 12 janvier 2005, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il a conclu à ce que lui soit allouée une rente d'invalidité entière dès le 15 août 2004.

Il allègue que l'accident dont il a été victime est intervenu dans des circonstances particulièrement spectaculaires et traumatisantes dans la mesure où après avoir raté une marche d'escalier, il a effectué une roulade incontrôlée au bas des escaliers, longue d'environ neuf mètres. Durant ladite roulade, il allègue s'être à plusieurs reprises cogné le genou droit, le bas du dos et l'arrière du crâne. Au bas de l'escalier, il est resté, seul dans l'obscurité, coincé à son point de chute durant plus de trois quarts d'heure, en état de choc. La police et les pompiers ont dû venir sur place pour scier les barreaux de la main courante entre lesquels s'était retrouvée coincée sa jambe pour le libérer. Un médecin des urgences a également dû venir sur place lui administrer un calmant par injection.

S'agissant de la causalité naturelle, il estime que celle-ci doit être admise dès lors qu'il présente un tableau clinique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression etc.). Il fait valoir à cet égard qu'il n'a jamais présenté de pathologie psychiatrique avant l'accident.

S'agissant de la causalité adéquate, le recourant fait valoir que son accident doit être qualifié d'objectivement grave et le lien de causalité adéquat retenu. Selon lui, même si l'accident devait être qualifié de moyennement grave, les critères permettant d'admettre la relation de causalité adéquate seraient remplis dans la mesure où l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves et où, depuis la survenance de l'accident, il subit des douleurs physiques persistantes. Il ajoute que ses lésions physiques ont été d'une nature particulière dans la mesure où elles ont touché plusieurs parties du corps et ont à titre d'exemple également eu des conséquences d'un point de vue ophtalmologique. Enfin, il allègue que la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques a été longue puisqu'elle a été à tout le moins de deux ou trois ans.

31. Invitée à se prononcer, l'intimée, dans sa réponse du 10 février 2005, a conclu au rejet du recours. Elle a relevé en premier lieu que le recourant avait déjà subi un accident au genou droit en 1994 qui avait nécessité une plastie du ligament croisé antérieur, que le CT cérébral du 25 novembre 1999 a permis d'exclure tout signe de lésion cérébrale et de collection, en particulier hémorragique sous-durale, que les radiographies effectuées à l'hôpital ont permis d'exclure des fractures, qu'il ressort du rapport final du 23 juin 2000 que le problème principal du recourant est psychiatrique, qu'à la fin de son séjour et après seulement trois séances de physiothérapie, la flexion du genou s'était déjà améliorée de façon spectaculaire, confirmant l'importante composante psychogène, et que l'examen neurologique a permis de conclure que les troubles dont se plaignait l'assuré étaient dus à la dépression et non à une lésion cérébrale.

32. Par courrier du 17 mars 2005, le recourant a fait valoir que l'intimée tentait de minimiser le caractère impressionnant de l'accident dont il avait été victime. Il a réaf-

firmé que celui-ci avait eu un caractère particulièrement dramatique et que les circonstances particulières avaient eu une incidence sur les suites psychiques de son état.

33. L'intimée a demandé au Tribunal de céans de bien vouloir lui retourner son dossier puis le lui a réexpédié en date du 20 septembre 2005.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'événement s'est produit en novembre 1999, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 6 août 2004 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

4. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).

5. Est litigieuse la question de savoir si les troubles psychiques présentés par l'assuré peuvent donner droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 15 août 2004.

6. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b; 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04).

   En ce qui concerne la coordination des taux d'invalidité entre les différentes branches de l'assurance sociale (ATF 126 V 288), l'assurance-accidents n'est pas liée par l'évaluation à laquelle a procédé l'office cantonal de l'assurance-invalidité, lorsque l'assuré souffre d'affections d'origine maladive qui n'engagent pas la responsabilité de l'assureur-accidents.

7. L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'assuré a été victime d'un accident.

8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents 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 (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

   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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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 338 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).

En matière de lésions au rachis cervical par accident de type «coup du lapin» (ATF 119 V 335, 117 V 359), de traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67) ou de traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369), sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la vue, de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être 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 ss consid. 2, 117 V 360 ss consid. 4b).

9. Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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; 115 V 405 consid. 4a).

En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objec-

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

Si l'accident est de gravité moyenne, il faut examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 366 ss consid. 6a et 382 ss consid. 4b. Ces critères sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs 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.

A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type «coup du lapin», d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa), 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 n° U 341 p. 408 sv consid. 3b). Toutefois, si les troubles 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 cranio-cérébral bien qu'en partie établis, sont rapidement relégués au second plan par rapport aux problème 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 mentionnés aux ATF 117 V 366 ss consid. 6a et 382 ss consid. 4b, qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate (RAMA 2002 n° U 465 p. 437; ATF 123 V 99 consid. 2a). Il s'agit 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 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 si l'on se trouve à la limite 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 de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 140 s consid. 6c/aa et bb et 409 s consid. 5c/aa et bb; FRESARD, op. cit., ch. 39 et les références).

10. En l'espèce, les médecins consultés sont unanimement d'avis que les affections psychiques sont au premier plan. Il convient donc, avant de vérifier l'existence d'un lien de causalité adéquate, de qualifier la gravité de l'accident dont a été victime le recourant.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances et du Tribunal administratif, ont été considérés comme des accidents de gravité moyenne : un choc frontal d'intensité moyenne entre deux voitures (ATA du 2 septembre 1997), la chute d'un piéton renversé par un véhicule faisant une marche arrière, ayant entraîné des contusions multiples, une hospitalisation de huit jours et une incapacité de travail de plus de neuf mois (SJ 1995 608 n° 83), le cas de l'assuré heurté par un bloc de béton qui chute sur le côté et subit une fracture de la hanche droit nécessitant une opération (ATA du 7 novembre 1995), une glissade dans un escalier, suivie d'une chute sur la tête ayant entraîné une contusion cranio-cervicale avec perte de connaissance (ATFA W du 26 avril 1997).

Compte tenu de ces exemples et des circonstances dans lesquelles l'accident s'est déroulé, il doit être qualifié, objectivement, de moyennement grave.

Même si l'on se trouve dans un cas où l'assuré a subi un traumatisme cranio-cérébral, il apparaît évident que les troubles appartenant spécifiquement à ce tableau ont été rapidement relégués au second plan par rapport aux problème d'ordre psychique, si bien que ce sont les critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa, et non pas ceux mentionnés aux ATF 117 V 366 ss consid. 6a et 382 ss consid. 4b, qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate (RAMA 2002 n° U 465 p. 437; ATF 123 V 99 consid. 2a). En effet, en l'occurrence, le problème psychique apparaît prédominant et les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance.

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.

En l'espèce, certains de ces critères sont remplis. En effet, on peut admettre que l'accident a sans doute revêtu un caractère particulièrement impressionnant, ainsi qu'en témoigne l'état de choc dans lequel l'assuré a été plongé et le fait qu'un médecin ait dû lui administrer un calmant sur place. Par ailleurs, les douleurs physiques ont persisté longtemps, ainsi que la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Certes, tous les critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise, cependant, en l'occurrence, seule une partie d'entre eux le sont et le tribunal de céans est d'avis qu'ils ne revêtent pas une intensité suffisante pour que le caractère adéquat du lien de causalité avec l'accident puisse être admis, raison pour laquelle le recours 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