REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/93/2006 **ATAS/628/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 31 mai 2007

En la cause

Monsieur K_____, domicilié , GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Serge MILANI	recourant

contre

SUVA, ASSURANCE MILITAIRE, sise rue Jacques-Grosselin 8, CAROUGE	Intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Violaine LANDRY-ORSAT
Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur K_____ est né en 1981. Après un apprentissage de peintre en bâtiment, il a été engagé par X_____ en 2001.

2. En 2000, l'intéressé a obtenu la nationalité suisse et a suivi l'école de recrues, sans problème physique particulier. En 2002, il a suivi l'école de sous-officiers.

3. Le 4 mars 2003, alors qu'il participait à un cours de répétition dont la durée était prévue du 24 février au 7 mars 2003, l'intéressé a glissé sur deux ou trois marches, en descendant les escaliers, ce qui a occasionné un choc au niveau du coccyx et déclenché des douleurs au bas du dos. L'assuré a expliqué qu'il a tout de suite ressenti des douleurs mais qu'il a continué sa journée. Le lendemain matin, au réveil, les douleurs étant encore présentes, il a demandé à voir le médecin (pv du 25 juin 2003).

4. Après la fin de son service, soit le 8 mars 2003, l'assuré a consulté son médecin traitant, le Dr. A_____, qui a posé le diagnostic de syndrome douloureux lombo-sacré et attesté d'une incapacité totale de travail à compter du 8 mars 2003 (cf. annonce d'accident du 16 mai 2003).

5. Le traitement a été pris en charge provisoirement par l'assurance militaire et les indemnités journalières ont été versées en conséquence.

6. Divers traitements ont été entrepris et l'assuré a été examiné par plusieurs spécialistes.

7. L'assurance militaire a mené des enquêtes qui ont démontré que l'assuré avait déjà été soigné par le passé pour des troubles touchant la région lombaire : le 9 juillet 1997, après avoir glissé dans les escaliers, ce qui lui a occasionné des douleurs et des contractures para-vertébrales gauches L4-L5, le17 juillet 1998, après que son coccyx a heurté une pierre, ce qui a provoqué une contusion de la colonne lombaire et enfin, le 19 mars 2001, après une chute de moto qui a déclenché des lombalgies. Ces trois accidents civils ont été pris en charge par le département accidents civils et professionnels de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA). Ils ont tout engendré une incapacité de travail et provoqué des douleurs dans la région lombo-sacrée.

8. Du 10 au 24 juin 2003, l'assuré a été hospitalisé à la division de rhumatologie de l'hôpital Beau-Séjour en raison de lombofessalgies droites. Du rapport établi par les médecins en date du 25 juin 2003, il ressort qu'ils ont posé le diagnostic de pygialgies droites dans le contexte de contractures musculaires. Ils ont estimé que ces douleurs étaient post-traumatiques et ont insisté sur l'importance de la poursuite

de la physiothérapie de renforcement musculaire et une reprise de l'activité professionnelle aussi rapide que possible.

9. D'un courrier adressé le 2 septembre 2003 au médecin traitant par le Prof.. B_____, médecin-chef de service du service de rhumatologie des "établissement hospitalier", il ressort que le patient, lorsqu'il l'a vu en consultation le 1er septembre 2003, se plaignait avant tout de douleurs lombaires basses, dans la fesse. Le médecin a conclu à un syndrome douloureux chronique sans lésion anatomique évidente.

10. Le 5 novembre 2003, le Dr A_____ a informé l'Office fédéral de l'assurance militaire que le syndrome douloureux tendait à se généraliser et à prendre la forme d'un syndrome fibromyalgique diffus.

11. L'assuré a séjournée à la "établissement hospitalier" du 11 novembre au 2 décembre 2003. Dans son rapport du 3 décembre 2003, le Dr C_____, médecin-chef, spécialiste en médecine interne, en médecine physique et en réadaptation, a retenu à titre principal un probable trouble somatoforme douloureux et, comme comorbidités, un trouble dépressif moyen avec somatisation, une surcharge pondérale.

    Le médecin a indiqué que, ni à l'admission, ni en cours de séjour, il n'avait trouvé les signes d'un syndrome lombo-vertébral. Il n'a pas non plus constaté de « voussure » de la région paravertébrale lombaire.

    Il a en revanche retrouvé une forte limitation de la mobilité. Les signes de non-organicité de Waddell se sont tous révélés positifs. Par ailleurs, les signes comportementaux ont été décrits comme extrêmement démonstratifs. Les médecins ont par ailleurs relevé de nombreuses discordances entre le verbal et non verbal, notamment quant à l'évaluation de la douleur sur l'échelle visuelle analogique.

    Les douleurs décrites par le Dr B_____ dans la région péritrochantérienne droite ont également été retrouvées. Ont également été signalées : des douleurs dans la région cervicale et dans la région des épaules, avec des points de fibromyalgie également présents à cet endroit.

12. Lors d'un entretien téléphonique avec la Dresse D_____, du service médical de l'Office fédéral de l'assurance militaire, le Dr C_____ a indiqué que le diagnostic de probable trouble somatoforme douloureux n'avait pas été posé par un psychiatre mais qu'à la "établissement hospitalier", 50% des patients présentaient un tel diagnostic et que l'assuré en présentait de façon caractéristique tous les critères. Il a mentionné une détresse sociale particulièrement marquée et un besoin de connaissance extrême. Le Dr C_____ a encore expliqué que le trouble somatoforme est en fait une sorte d'effondrement de la personne, suite parfois à un traumatisme vraiment minime. C'est comme si le patient n'arrive plus à supporter

cette goutte d'eau qui fait déborder le vase, même si auparavant, il arrivait à fonctionner de manière socialement, professionnellement et psychiquement normale.

13. Le 30 avril 2004, les Drs. E_____ et. F_____, du département de psychiatrie de la Jonction ("établissement hospitalier"), ont rendu un rapport à l'intention du Dr A_____, après deux entretiens avec l'assuré. Ils ont relevé qu'il n'y avait pas d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs, de dysthymie ou d'autres comorbidités psychopathologiques. Ils n'ont pas mis en évidence de ralentissement ou d'accélération psychomoteurs. Les médecins ont relevé que l'assuré était incessamment préoccupé par ses douleurs, qu'il était d'humeur dépressive et irritable et présentait des idéations suicidaires. Ils ont conclu à un trouble dépressif majeur, épisode isolé, sévère, sans symptômes psychotiques. Ce trouble est apparu peu après le début de symptômes douloureux. Selon les médecins, il s'agirait plutôt d'un trouble somatoforme persistant avec des éléments de fibromyalgie. Le développement et l'évolution du trouble de l'humeur pourrait s'inscrire en partie dans le contexte d'une transition de vie non résolue et d'un isolement social.

14. Le dossier de l'assuré a été soumis à la Dresse D_____, du service médical de l'Office fédéral de l'assurance militaire. Cette dernière a rendu son avis le 26 juin 2004. Elle a estimé que les troubles lombaires étaient avec certitude antérieurs au cours de répétition, puisque l'assuré avait déjà été victime de plusieurs accidents ayant engendré des douleurs de la région lombosacrée. Elle a en revanche jugé que si la chute de 2003 avait provoqué des troubles lombaires, ceux-ci avaient été remplacés, depuis novembre 2003, par un syndrome fibromyalgique touchant la région cervico-scapulaire. Le médecin a en effet constaté un changement radical des plaintes du patient dès le début de novembre 2003. Selon le médecin, la chute a provoqué dans un premier temps un syndrome douloureux lombo-sacré avec dysfonctionnement sacro-iliaque à droite, tout à fait compatible avec la chute subie. En juin 2003, lors du séjour en rhumatologie, le diagnostic de pygialgie droite mécanique a été posé (douleur dans la région du muscle pyramidal, situé entre le sacrum et la tête du fémur), également compatible avec un status après chute sur la région sacro-coccygienne droite, ainsi que celui de lombofessalgies droites chroniques. En revanche, le médecin a relevé que tous les examens radiologiques n'avaient montré aucune atteinte osseuse, discale ou radiculaire.

    Les troubles douloureux de la région lombosacrée ont donc persisté jusqu'en septembre 2003. Une modification de la symptomatologie, avec douleurs généralisées prédominant dans la région cervico-scapulaire et dans dix des sites douloureux reconnus pour la fibromyalgie est apparue dès novembre 2003. Selon le médecin, ces troubles ne sont pas, au degré de vraisemblance prépondérante, les conséquences tardives d'une simple chute dans les escaliers. Selon le Dr D_____, les troubles liés à la chute dans les escaliers ont donc duré jusqu'en

septembre 2003. Elle a rappelé que l'état organique du rachis après des lésions telles que contusions, foulures ou entorses est rétabli en règle générale six mois, tout au plus un an après l'évènement traumatique. Selon le médecin, l'aggravation au niveau lombaire a duré jusqu'en septembre 2003, voire jusqu'en décembre 2003, puisqu'à Montana, on a confirmé l'absence d'éléments objectifs en faveur d'un syndrome lombo-vertébral sequellaire à la chute incriminée.

Quant aux autres troubles présentés, à savoir l'état dépressif sévère et un trouble somatoforme douloureux avec fibromyalgie, le médecin a expliqué que trouble somatoforme douloureux et fibromyalgie constituent deux maladies distinctes. Le premier constitue une affection psychiatrique, alors que la fibromyalgie est une affection douloureuse musculo-squelettique. Quoi qu'il en soit, le médecin a indiqué que, selon les connaissances médicales actuelles, un trouble somatoforme ne pouvait être une séquelle tardive d'une simple chute sur quelques marches d'escaliers et qu'une fibromyalgie n'était consécutive ni à une affection inflammatoire, ni à un rhumatisme, ni à un traumatisme. et ne pouvait donc constituer au degré de vraisemblance prépondérante, une complication de contusion sacro-cocccygienne.

15. Le 13 juillet 2004, l'assurance militaire a fait savoir à l'assuré qu'elle estimait que le syndrome douloureux lombaire apparu à la suite de la chute survenue lors du cours de répétition était en en toute certitude éliminé depuis novembre 2003. L'assurance militaire, jugeant que sa responsabilité n'était dès lors plus engagée s'agissant des troubles lombaires, a informé l'assuré que toute prestation d'assurance lui serait refusée à compter du 1er septembre 2004. L'assurance par ailleurs estimé que l'éventuelle fibromyalgie, l'état dépressif et le trouble somatoforme douloureux diagnostiqués en décembre 2003 n'étaient pas, au degré de vraisemblance prépondérante, des séquelles de la chute du 4 mars 2003, que sa responsabilité n'était dès lors pas non plus engagée pour ces troubles et que toute prestation d'assurance serait refusée à cet égard.

16. Le 20 juillet 2004, l'assuré a contesté cette opinion et fait valoir qu'il aurait d'abord dû être convoqué par le médecin-conseil de l'assurance militaire.

17. Par décision formelle du 21 septembre 2004, l'assurance militaire a confirmé la position adoptée dans son courrier du 13 juillet 2004.

18. Le 20 octobre 2004, Maître FOGLIA s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré et a fait opposition. Il a conclu que la responsabilité de l'assurance militaire était toujours engagée pour les séquelles de l'accident du 4 mars 2003 et que ces séquelles impliquaient l'octroi d'une rente d'invalidité.

19. Le 10 janvier 2005, le Dr A_____ a établi un rapport médical concernant l'assuré, dont il ressort que l'état de ce dernier restait marqué par un syndrome douloureux diffus limitant ses activités quotidiennes et sa capacité de travail, alors

que le trouble dysphorique était très nettement atténué par la médication antidépressive en cours. Le médecin a indiqué que les 18 points de fibromyalgie étaient douloureux, sans anomalie articulaire ou osseuse démontrable. Il a posé les diagnostics de fibromyalgie diffuse, trouble dépressif et surcharge pondérale.

20. Suite à cette opposition, l'assurance militaire a soumis l'assuré à une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée au Dr. G_____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie à Genève, avec l'accord de l'assuré et de son mandataire.

21. Le Dr G_____ a communiqué ses conclusions dans son rapport d'expertise du 16 mai 2005, sur la base de deux entretiens avec l'assuré, des contacts avec les différents médecins ayant déjà évalué le patient (les Drs A_____, H_____ et I_____), de l'étude du dossier médico-assécurologique et d'une discussion avec le Prof. B_____, médecin chef du département de rhumatologie des "établissement hospitalier".

    Le médecin rapporte que, selon l'assuré, depuis son accident, il a cessé le sport et s'est retiré socialement. Il n'a conservé que deux amis, qu'il voit régulièrement et vit avec sa compagne.

    Aucun problème de santé n'a été relevé jusqu'en 1997. L'assuré chute alors dans les escaliers et souffre d'une contusion lombaire paravertébrale gauche et de douleurs dorsales. L'assuré est alors en arrêt de travail, du 10 au 17 juillet 1997.

    Un deuxième accident survient en juillet 1998 : il glisse sur un rocher en sortant de l'eau et se heurte le coccyx, ce qui occasionne une nouvelle contusion et des douleurs lombaires traités par le repos et un arrêt de travail de deux semaines.

    Un troisième accident se produit en janvier 2001 : suite à une chute à moto, l'assuré développe une nouvelle fois une lombo-sciatalgie, cette fois du côté droit. Les examens radiologiques ne montrent aucune lésion. L'assuré est mis en arrêt de travail durant quatre mois.

    Depuis plusieurs années, l'assuré a été suivi par le Dr A_____, du groupe médical du Petit-Lancy, puis par le Dr H_____, qui travaille dans le même groupe médical.

    Jusqu'en 2003, aucun antécédent psychiatrique n'a été relevé chez l'expertisé. Son dossier fait simplement mention de comportements « anti-sociaux » durant l'adolescence et d'un emprisonnement pour conduite d'un véhicule volé.

    En mars 2003, à trois jours de la fin d'une période de service militaire, l'assuré glisse dans les escaliers, tombe brutalement sur le coccyx et glisse sur quatre marches. Les lombalgies réapparaissent alors immédiatement, accompagnées de douleurs à la hanche droite. Les examens spécialisés (IRM, scintigraphie, scanner)

n'ont mis en évidence aucune atteinte objective, notamment articulaire. Malgré un traitement médicamenteux et des séances de physiothérapie, ainsi que deux hospitalisations, aucune amélioration significative n'a été obtenue.

L'assuré parle de péjoration de son état global, disant que les médicaments ou l'hydrothérapie ont, au mieux, des effets bénéfiques passagers de courte durée.

Depuis mars 2004 et jusqu'à la fin de l'année 2004, dans un contexte de douleurs diffuses et un tableau dépressif associé, l'assuré a été suivi par le Dr I_____, de la consultation psychiatrique du Secteur Jonction ("établissement hospitalier"). L'assuré présentait alors un état dépressif de nature mélancolique (donc sévère, puisque des idéations suicidaires, un pessimisme et un sentiment de dévalorisation marqué ont été relevés) associé à un syndrome douloureux chronique. Le trouble de l'humeur serait apparu peut après l'accident, en lien avec le syndrome douloureux. Comme pour ce dernier, malgré un programme thérapeutique spécifique et de multiples tentatives de traitement médicamenteux, il n'y a eu que peu d'amélioration au niveau du trouble de l'humeur.

Là encore, l'assuré estime que la situation s'est péjorée, tout en précisant que, s'il est déprimé, c'est en raison des douleurs et de leurs conséquences. De plus, il rend les antidépresseurs responsables des 20 kg qu'il a pris au courant de l'année 2004.

Au moment de l'expertise du Dr G_____, l'assuré était suivi surtout par le Dr H_____ et par le Dr I_____, à raison d'une fois tous les quinze jours.

L'assuré s'est surtout plaint de douleurs dans le bas du dos, mais aussi dans les bras, les épaules et le cou. Il les décrit comme des douleurs de type « pression », quasi constantes, augmentées par l'activité et le mouvement, l'handicapant pour la marche ou lors du port de charges, même légères. L'assuré évoque également un état de fatigue et de perte d'énergie, des ruminations négatives concernant son état et son avenir. Il a régulièrement des idées suicidaires et décrit sa vie comme « ennuyeuse et vide ». Il dit s'être progressivement retiré de toute vie sociale et verbalise des craintes quant à l'avenir de son couple. Enfin, il vit très mal l'absence de reconnaissance de sa souffrance.

Contacté par le Dr G_____, le Dr H_____ a constaté une « grande rigidité corporelle » avec une prise en soin difficile. Il a cependant qualifié l'évolution de relativement favorable.

Le Dr A_____, également contacté, a confirmé ce qu'il avait indiqué dans son rapport, c'est-à-dire que la symptomatologie de lombalgie simple de 2001 s'est progressivement transformée en lombo-sciatalgie pour s'étendre progressivement à d'autres parties du corps et prendre la forme habituelle d'un syndrome douloureux type fibromyalgie. Le Dr A_____ a en outre signalé au Dr G_____ que le tableau douloureux avait suivi une évolution continue depuis 2001 vers une

aggravation et qu'aucun traitement n'avait donné de réponse satisfaisante. Selon le Dr A_____, les traumatismes sont à considérer comme des « révélations de la pathologie » c'est-à-dire des co-facteurs mais non des facteurs causals principaux.

Enfin, le Dr I_____ s'est dit emprunté par la situation car si, d'un côté, sa souffrance parait authentique, de l'autre, le médecin est gêné par le côté revendicateur de l'assuré. Le traitement est surtout médicamenteux car l'assuré n'a pas les capacités nécessaires pour un travail psychothérapeutique. Le médecin a également relevé l'importance du problème socio-économique.

Après avoir soumis l'assuré à un certain nombre de tests, le Dr G_____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode moyen (F33.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4).

Selon le Dr G_____, au centre de la problématique médicale de l'assuré, se trouve un tableau douloureux. Il a relevé que les médecins avaient d'ailleurs posé tour à tour les diagnostics de syndrome fibromyalgique et de trouble somatoforme douloureux. Lui-même n'a pas tranché, faisant remarquer que les deux pathologies ont pour caractéristique commune d'être des entités psychiques et somatiques mal délimitées. Il a jugé qu'indéniablement, dans la situation de l'assuré, la participation du psychisme joue un rôle majeur. La composante de détresse et de dysfonctionnement psychique est importante puisqu'il existe un état dépressif associé quasi chronique depuis deux ans, une anxiété manifeste avec des comportements d'évitement ainsi qu'une désadaptation progressive à l'environnement de vie. Le Dr G_____ a observé un tableau d'aggravation symptomatique allant dans le sens d'une invalidation résistant à tous les traitements. Il estime que son développement précoce, chez un homme jeune, doit être compris comme un trouble dans le développement individuel lié à des facteurs actuels mais également constitutionnels (sociaux, familiaux et probablement culturels). Selon lui, le traumatisme (chute dans les escaliers) doit être considéré comme un facteur aggravant mais non causal.

Selon le dossier, l'anamnèse et les informations recueillies auprès des médecins traitants, le Dr G_____ a conclu que le trouble psychosomatique avait débuté en 2001 déjà et que l'accident de moto avait été à l'origine d'une affection douloureuse lombo-sacrée. A l'époque, il n'était pas possible de poser le diagnostic psychiatrique, mais le contexte de l'accident, de même que son authenticité ont été débattus.

L'accident a été décrit par le patient qui a indiqué avoir effectué une chute sur 3-4 marches d'escalier, être lourdement tombé sur le dos et le côté en tentant de se rattraper. Malgré la douleur immédiatement ressentie, il s'est relevé et a pu poursuivre ses activités (selon ses propres propos). Ce n'est que le lendemain, devant la persistances des douleurs lombaires, que l'assuré a demandé à voir un

médecin. Au vu des caractéristiques de l'accident, le Dr G_____ a jugé qu'on ne pouvait lui attribuer une potentialité traumatique pour le psychisme de l'assuré.

Cependant, l'accident a été intégré par l'assuré comme le facteur déclencheur unique du syndrome douloureux et comme cause de son handicap. De ce fait, il vit très mal la non-reconnaissance de ce contexte et se positionne essentiellement en victime, oscillant entre tristesse et revendication. Selon le Dr G_____, il existe des facteurs psychiques additionnels étrangers à l'accident et le processus d'invalidation avait démarré avant l'accident de 2003. Cet accident est à considérer, au mieux, comme un « co-facteur » aggravant du syndrome somatique douloureux. Ni la gravité de l'accident ni la réaction psychologique qui a suivi ne permettent d'évoquer un traumatisme psychique.

Le tableau clinique, psychique et somatique a suivi une évolution d'aggravation progressive depuis 2001. Le Dr G_____ a jugé que la capacité de travail était nulle, que ce soit dans le métier antérieur de l'assuré ou toute autre activité.

22. Me FOGLIA a communiqué ses remarques après expertise par courrier du 30 juin 2005.

23. Le 1er juillet 2005, la gestion de l'assurance militaire a été transférée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident. Le dossier de l'assuré a ainsi été transmis à la SUVA, division assurance militaire, pour que celle-ci, après avoir procédé à un nouvel examen, rende une décision motivée avec indication des voies de droit.

24. Par décision sur opposition du 10 octobre 2005, la SUVA a confirmé la décision du 21 septembre 2004. Elle a conclu qu'il n'existait plus de troubles somatiques en relation avec l'accident de mars 2003 et qu'en conséquence, toutes les prestations y relatives devaient être refusées dès le 1er septembre 2004. Elle a par ailleurs estimé que sa responsabilité n'était pas engagée s'agissant des troubles psychiques et que toute prestation d'assurance y relative devait également être refusée.

25. Par courrier du 9 janvier 2006, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il fait valoir que les séquelles de son accident sont toujours présentes, conteste que son accident ne l'ait pas empêché de continuer son cours de répétition, allègue à cet égard que, suite à l'accident, il a dû cesser toute activité, qu'il a même été arrêté suite à un refus d'ordre et que c'est en cellule qu'un médecin est venu l'examiner pour la première fois, fait remarquer qu'après les trois premiers accidents dont il a été victime précédemment, il a fait du service d'avancement et une école de sous-officier sans douleurs ni problèmes psychiatriques et demande qu'une nouvelle expertise soit mise sur pied.

26. Par courrier du 21 mars 2006, le recourant, représenté par Me MILANI, a complété ses écritures.

    Il conteste que la chute qui a été la sienne ait été une simple glissade sans conséquence qui ne l'aurait pas empêché de poursuivre normalement ses activités militaires. Il allègue avoir fait une lourde chute, être tombé brutalement sur le coccyx et sur le dos, avoir ensuite glissé sur trois ou quatre marches. Il a été vu le lendemain par le médecin du cours de répétition qui lui a administré un antalgique en l'invitant à consulter son médecin traitant dès la fin de ses obligations militaires et dès la fin de la peine d'arrêt qui avait été prononcée contre le recourant pour un refus d'ordre antérieur à sa chute. Durant les trois jours qui ont suivi l'accident, il est resté couché, sous médication, sans plus participer à aucune activité militaire.

    S'agissant des trois accidents antérieurs, le recourant allègue qu'il a pleinement récupéré et que preuve en est le fait qu'il a normalement effectué ses cours de répétition jusqu'à son accident de l'année 2003, obtenant même plusieurs distinctions, dont une en sport militaire.

    Le recourant conteste que les diagnostics psychiatriques se soient manifestés que plusieurs mois après l'accident. A cet égard, il fait valoir que l'expert de la SUVA lui-même retient un état dépressif associé quasi chronique depuis deux ans - soit depuis la date de l'accident -, que le trouble psychosomatique, sans qu'il s'agisse encore d'une grave dépression, a débuté en 2001 déjà et que le processus d'invalidation a déjà démarré avant l'accident du cours de répétition. Le recourant fait valoir que le raisonnement de la SUVA est donc erroné puisque que les troubles ne sont pas apparu plusieurs mois après l'accident mais aussitôt après et que, s'ils se sont manifestés de façon spectaculaire et inattendue, c'est sans doute parce qu'il présentait un terrain favorable.

    En substance, le recourant rappelle qu'avant l'accident, il travaillait à 100%, qu'il se voyait régulièrement convoqué pour remplir ses obligations militaires, que, reconnu apte, il se montrait bon soldat et obtenait des distinctions et que, depuis l'accident de 2003, sa capacité de travail est nulle. Il souligne qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé et qu'il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Il conclut que l'accident dont il a été victime a provoqué à tout le moins une sévère aggravation des troubles psychiques dont il souffrait déjà sans doute ainsi que l'apparition d'un état dépressif chronique avec perte totale de la capacité de travail.

27. Invitée à se prononcer, l'assurance militaire a conclu, dans sa réponse du 28 avril 2006, au rejet du recours, en reprenant les arguments déjà développés dans la décision litigieuse.

28. Dans sa réplique du 12 mai 2006, le recourant a contesté une fois de plus avoir poursuivi son cours de répétition après son accident. Il affirme que, durant les trois jours qui ont suivi, il est bel et bien resté couché, sous médication, sans plus participer à aucune activité militaire, non seulement parce qu'il ne le pouvait plus suite à son accident mais aussi parce qu'il était aux arrêts. Enfin, il répète que des antidépresseurs lui ont été prescrits très rapidement après l'accident et non pas plusieurs mois plus tard. A cet égard, il a sollicité l'audition du Dr A_____.

    Au surplus, le recourant a produit une note téléphonique concernant un entretien du 10 juillet 2003 avec le Dr J_____. Ce dernier, médecin de troupe, s'est souvenu qu'on lui avait demandé de passer voir Monsieur K_____ en cellule, qu'il lui avait simplement remis des médicaments pour atténuer la douleur et était repassé le lendemain pour s'assurer que tout allait bien. D'après son souvenir, il s'agissait d'un cas bénin.

29. Une audience s'est tenue en date du 17 août 2006 durant laquelle le Dr A_____ a été entendu.

    Il a expliqué avoir reçu l'assuré en consultation pour la première fois à la fin du mois de janvier 2001 suite à un accident mineur : il avait chuté de sa hauteur et se plaignait de douleurs dans la région lombaire. Le patient présentait un état de "bonne santé habituelle", c'est-à-dire qu'il n'avait pas d'antécédents médicaux et chirurgicaux selon l'anamnèse.

    Le médecin l'a revu quelques mois plus tard pour un accident de motocyclette. Là encore l'impact avait atteint la région lombaire d'où une aggravation de la symptomatologie.

    Puis au mois de mars 2003, il a à nouveau reçu le patient en consultation suite, à l'accident intervenu durant le cours de répétition. Le témoin a indiqué que cette accident lui était alors apparu comme un traumatisme mineur. Il a constaté un trouble segmentaire de la colonne lombaire (lumbago). Il n'y avait pas de pathologie rhumatismale préexistante.

    Cependant, les douleurs ont dépassé le cadre habituel, ce qui a amené le médecin a suspecter une fibromyalgie. C'est la raison pour laquelle il a prescrit au patient des antidépresseurs, non pas dans un but anti-dépressif mais pour soigner une éventuelle fibromyalgie. Par la suite, celle-ci n'a pas été confirmée formellement car tant la clinique que le médecin n'ont trouvé que dix points sur dix-huit.

    Concernant l'assuré, le médecin a indiqué qu'il n'y avait pas de contexte émotionnel particulier, c'est-à-dire pas d'éléments psychiques antérieurs. Il n'en a personnellement pas observés avant le passage à la clinique de Montana. C'est la raison pour laquelle il a penché en faveur d'une fibromyalgie plutôt qu'un trouble

somatoforme douloureux. Il suspectait alors un syndrome fibromyalgique diffus favorisé par l'accident.

Lorsque l'assuré est venu consulter en mars 2003, la relation de cause à effet était alors évidente. A ce moment-là, les plaintes concordaient exactement avec l'accident. Il n'y avait pas de contexte psychique particulier.

A la question de savoir si l'état de santé actuel est imputable ou non à l'accident, le Dr A_____ a répondu que l'évolution a été inhabituelle : normalement, les suites d'un tel traumatisme - mineur - auraient dû disparaître après quelques mois. En effet, dans 90% des cas, les séquelles d'un traumatisme mineur disparaissent au bout de quelques mois. Dans les 10% restants, ce n'est pas le cas, par exemple en cas de fibromyalgie. En ce sens, il n'y a donc pas de causalité directe entre l'ensemble des troubles et l'accident. Le médecin a émis l'hypothèse que l'accident a plutôt joué un rôle de facteur de risque : il a été un stress pour l'organisme et a pu décompenser la fibromyalgie, jouant ainsi le rôle de facteur déclenchant.

Le Dr A_____ a encore précisé qu'à aucun moment, il n'avait eu le sentiment que l'assuré simulait : dès le départ, les points douloureux indiqués étaient systématiquement les mêmes, ce qui plaidait pour une douleur réelle. Par la suite, il est vrai que lorsque les douleurs se sont répandues dans tout l'organisme les signes de Waddell se sont alors révélés positifs ce qui ne plaide pas pour une simulation mais indique simplement qu'il est vraisemblable que l'origine des douleurs ne relève pas d'une pathologie organique identifiable. Le médecin a toutefois ajouté qu'il ne fallait pas surestimer la validité de tels signes dans le cadre d'un syndrome diffus. Il a constaté qu'au fil du temps, le patient semblait de plus en plus malheureux et qu'il avait également pris une vingtaine de kilos.

30. Par courrier du 17 août 2006, le Dr A_____ a informé le Tribunal de céans que, vérification faite dans ses dossiers, il a prescrit du SURMONTIL 25 mg, un antidépresseur tricyclique prescrit à but antalgique, en date du 4 septembre 2003. La prescription de ce médicament, en association avec du RIVOTRIL, visait l'hypothèse d'une pathologie d'hyperalgie (non généralisée) apparentée à la fibromyalgie.

31. Dans ses dernières écritures du 29 septembre 2006, l'intimée a maintenu sa position. Elle a relevé que le Dr A_____ est spécialiste FMH en médecine interne et non en psychiatrie, contrairement au Dr G_____ et aux autres médecins consultés. Elle a souligné que le Dr C_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, est également détenteur d'une attestation de formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale, que le Dr B_____ est spécialiste en rhumatologie, tout comme le Dr K_____. Or, ces spécialistes ont conclu à une diagnostic de trouble somatoforme douloureux et écarté celui de fibromyalgie. Par ailleurs, ils ont nié l'existence d'un lien de

causalité naturelle entre l'accident de 2003 et l'affection psychique. Elle a par ailleurs relevé que selon les dires du Dr A_____, les troubles psychologiques ne sont apparus qu'après le passage de l'assuré à la "établissement hospitalier", soit huit mois après la fin du cours de répétition. Elle en conclut que c'est bien sous l'angle de l'art. 6 LM que sa responsabilité doit donc être examinée. Le Dr A_____ ayant qualifié le traumatisme subi de "mineur", l'intimée soutient que le lien de causalité adéquate doit être d'emblée nié.

32. Quant au recourant, il retient de l'audition du Dr A_____ que ce dernier a confirmé qu'il n'y avait pas de pathologie rhumatismale préexistante à l'accident et que, dès le début du mois de septembre 2003, des antidépresseurs ont été prescrits dans l'éventualité d'une pathologie de type fibromyalgique. Il en tire la conclusion que c'est l'art. 5 LM qui doit trouver application. Estimant que l'intimée n'a pas apporté la preuve que l'affection était préexistante et qu'elle n'a pas été aggravée par le cours de répétition, le recourant conclut que la responsabilité de la SUVA est engagée.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 6 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-militaire du 19 juin 1992 (LM). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; 830.1) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-militaire. Aux termes de l'art. 1 al. 1 LM (teneur au 1er janvier 2003), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance militaires, à moins que la LM n'y déroge expressément. Selon les principes généraux en matière de droit intertemporel, on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 130 V 332 s. consid. 2.2 et 2.3, 129 V 4 consid. 1.2 et la référence). Dans le cas d'espèce, l'état de fait juridiquement déterminant dont dépend le droit aux prestations de l'assurance militaire s'est réalisé après l'entrée en vigueur de la LPGA, dans la mesure où l'accident est survenu en date du 4 mars 2003. L'examen des conditions matérielles du droit à la prestation intervient d'après la LPGA (ATF 130 V 334 consid. 6). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et

appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure contenues dans la LPGA, elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. En dérogation de l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois à compter de la décision sur opposition portant sur des prestations d'assurance militaire (art. 104 LM). Interjeté le 9 janvier 2006 contre la décision sur opposition du 10 octobre 2005, dans la forme requise par l'art. 56 LPGA, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur la question de la responsabilité de l'assurance-militaire quand à l'affection lombaire et aux affections psychiques de l'assuré, le cas échéant, sur le taux d''incapacité de travail en rapport avec lesdites affections.

5. La question de la responsabilité de l'assurance militaire est régie par les art. 5 et 6 LAM suivant que l'affection a été constatée pendant ou après le service.

   Selon l'art. 5 al. 1 LAM, l'assurance militaire couvre toute affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée de toute autre façon pendant le service. Dans un tel cas, l'assurance militaire n'est pas responsable lorsqu'elle apporte la preuve:

   a. que l'affection est avec certitude antérieure au service, ou qu'elle ne peut pas avec certitude avoir été causée pendant ce dernier et
   b. que cette affection n'a pas avec certitude été aggravée ni accélérée dans son cours pendant le service.

   Si l'assurance militaire apporte la preuve exigée au deuxième alinéa, lettre a, mais non pas celle exigée au deuxième alinéa, lettre b, elle répond de l'aggravation de l'affection (art. 5 al. 3, 1ère phrase, LAM).

   Si l'affection est constatée seulement après le service par un médecin et est annoncée ensuite à l'assurance militaire, ou si des séquelles tardives ou une rechute sont invoquées, l'assurance militaire en répond seulement s'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'affection a été causée ou aggravée pendant le service ou seulement s'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante qu'il s'agit de séquelles tardives ou de rechute d'une affection assurée (art. 6 LAM). 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 105 V 35 consid. 1c; STEGER-BRUHIN, Die Haftungsgrundsätze der Militärversicherung, thèse St-Gall 1996, p. 165;

SCARTAZZINI, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, thèse Genève 1991, p. 136).

Ces principes de responsabilité correspondent dans les grandes lignes à ceux de l'ancien droit (message concernant la loi fédérale sur l'assurance militaire du 27 juin 1990, FF 1990 III 203; STEGER-BRUHIN, op.cit., p. 4 ss). La différence entre les conditions de la responsabilité selon l'art. 5 et l'art. 6 LAM réside notamment dans le fait que, dans le premier cas, un lien de causalité adéquate entre l'affection et les influences subies pendant le service est présumé, cette présomption ne pouvant être écartée que par la preuve certaine de l'absence d'un tel lien, alors que dans le second cas, l'existence de conséquences d'influences subies pendant le service doit être établie avec un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 111 V 372 sv. consid. 1b), c'est-à-dire conformément à la règle de preuve généralement appliquée en matière d'assurances sociales (voir par exemple ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b).

6. En l'occurrence, le recourant soutient que la responsabilité de la SUVA doit être examinée sous l'angle de l'art. 5 LM.

   A cet égard, ainsi que le fait remarquer l'intimée, il convient de distinguer entre l'affection lombaire (somatique) et les affections psychiques (trouble somatoforme douloureux et état dépressif).

   S'agissant de l'affection somatique, l'intimée a admis que c'est l'art. 5 al. 1 LM qui doit s'appliquer, le syndrome douloureux lombo-sacré étant apparu durant le cours de répétition. Cependant, l'intimée considère avoir apporté la preuve que l'affection est antérieure au service et n'a pas été *durablement* aggravée pendant ledit service, puisque l'assuré avait déjà été soigné pour des troubles identiques suites à divers accidents survenus en 1997, 1998 et 2001.

   S'agissant de l'affection psychique, l'intimée soutient en revanche que c'est l'art. 6 LM qui doit s'appliquer, les troubles psychiques ne s'étant manifestés que plusieurs mois après l'accident et qu'il faut donc examiner s'ils constituent d'éventuelles séquelles ou suites tardives de l'événement initial assuré.

7. Il convient donc d'examiner en premier lieu la responsabilité de la SUVA quant aux troubles lombaires présentés par l'assuré.

   Ainsi que l'admet l'intimée, les douleurs lombaires sont apparues immédiatement après l'accident. C'est en conséquence sur la base de l'art. 5 LM que doit être examinée la responsabilité de la SUVA de ce chef. Le lien de causalité est donc présumé entre le syndrome douloureux lombo-sacré avec dysfonctionnement sacro-iliaque à droite et les pygialgies droites qui ont été constatées, ce que n'a d'ailleurs pas contesté l'intimée. En revanche, force est de constater que l'aggravation de ce syndrome, présent depuis 2001 selon les différents documents médicaux versés au

dossier, n'a été que passagère puisque s'il était encore évoqué en septembre 2003, lorsque l'assuré a été examiné par le Prof. B_____, il n'était plus présent en novembre 2003, lorsque l'assuré a été hospitalisé à la "établissement hospitalier". Le Dr C_____ a en effet indiqué que, ni à l'admission, ni en cours de séjour, il n'avait trouvé les signes d'un syndrome lombo-vertébral. A partir de ce moment-là, ainsi que l'a fait remarquer le Dr D_____, les troubles lombaires ont disparu et les plaintes du patient ont radicalement changé, les douleurs concernant alors avant tout la région cervico-scapulaire. Si l'on peut admettre que l'accident a aggravé passagèrement la symptomatologie lombaire, force est cependant de constater que le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié au-delà du mois de novembre 2003 lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) (RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b). Ce terme correspond d'ailleurs aux déclarations des Drs D_____ et A_____, selon lesquels l'état organique du rachis après de telles lésions est rétabli, en règle générale, six mois, un an tout au plus après l'évènement traumatique.

Eu égard aux considérations qui précèdent, force est de constater que l'assurance militaire n'a plus encouru de responsabilité pour les troubles physiques (troubles lombaires) au-delà du mois de septembre 2004 puisqu'il ressort des documents médicaux que l'aggravation de ces troubles provoquée par la chute du mois de mars 2003 a certainement été éliminée à partir du mois de septembre 2003, autrement dit que le statu quo ante a été rétabli à la même époque.

8. Reste à examiner la responsabilité de l'assurance pour les troubles psychiques dont souffre l'assuré, à savoir le trouble somatoforme douloureux et l'état dépressif. L'éventualité d'un syndrome douloureux généralisé a été évoquée pour la première fois par le Dr A_____ en novembre 2003. En outre, lors de son audition, il a indiqué qu'il a commencé suspecter une telle évolution le 4 septembre 2003, date à laquelle il a prescrit à l'assuré un antidépresseur à visée antalgique. Il ressort par ailleurs du dossier que l'état dépressif est apparu à peu près en même temps que le trouble somatoforme.

   On se trouve donc manifestement – et contrairement à ce qu'allègue le recourant - dans l'une des hypothèses envisagées à l'art. 6 LM, à savoir celle où l'assuré invoque des séquelles tardives, en l'occurrence une affection psychique (ou l'aggravation d'une affection psychique préexistante) en raison d'une atteinte à la santé physique qui s'est manifestée et qui a été annoncée pendant le service (cf. ATF 111 V 373ss consid. 2b).

   Selon la jurisprudence relative à cette disposition, la responsabilité de l'assurance militaire est conditionnée à l'examen d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre le service et l'atteinte à la santé (ATF 122 V 33 consid. 2b/bb, ATF 111 V 373 consid. 2a et 2b).

Le concept de lien de causalité naturelle et de lien de causalité adéquate, lorsqu'il s'applique dans le domaine de l'assurance militaire, est identique à celui qui figure dans la loi sur l'assurance accidents (ATF 122 V 28). En outre, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit être déterminée selon les critères de la vraisemblance prépondérante. De plus l'existence d'un rapport entre les suites tardives et l'affection assurée doit être plus vraisemblable que l'est l'absence d'un tel rapport. La simple possibilité ne suffit pas (ATF 111 V 370 consid. 2b).

9. Pour la doctrine (LOCHER Thomas, Grundrisse des sozialversicherungsrecht, p. 308), savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle entre un événement dommageable et une atteinte à la santé est une question de fait que l'administration ou le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements fournis par des experts médicaux.

   Il y a causalité naturelle 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.

   En l'espèce, le Dr C_____ a expliqué que le trouble somatoforme pouvait survenir parfois suite à un traumatisme vraiment minime.

   Le Dr D_____ a estimé qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'accident et le trouble, qu'on le qualifie de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie, expliquant que le premier ne pouvait être la séquelle tardive d'une simple chute dans les escaliers et que la seconde n'était consécutive ni à une affection inflammatoire, ni à un traumatisme.

   Le Dr A_____ a considéré que le traumatisme était un « co-facteur » qui avait révélé la pathologie.

   Le Dr G_____ a quant à lui considéré que l'accident était un facteur aggravant mais non causal.

   Les avis médicaux sont donc partagés quant à l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les affections psychologiques et l'accident. Il semble néanmoins que ce dernier ait joué le rôle de « facteur déclenchant » et, dans cette mesure, on doit considérer que le lien de causalité naturelle doit être admis.

10. La causalité naturelle étant admise, il faut encore se demander si le rapport de causalité peut être qualifié d'adéquat (ATF 111 V 375 consid. 2c; cf. SCARTAZZINI, op.cit., p. 301 sv.; LAURI, Kausalzusammenhang und Adäquanz

im schweizerischen Haftpflicht- und Versicherungsrecht, thèse Berne 1976, p. 75 ss; STEGER-BRUHIN, op.cit., p. 88 ss).

La question du lien de causalité adéquate relève du droit. Il appartient donc à l'administration - en cas de recours, au juge - de la trancher.

Selon une définition qui est la même dans tous les domaines du droit, 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, en sorte que la survenance de ce résultat paraît de façon générale favorisée par le fait en question (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, ATF 125 V 461 consid. 5a et les références ; ATF 122 V 416 consid. 2a, 121 V 49 consid. 3a, 121 III 363 consid. 5, 119 Ib 342 sv. consid. 3c et 345 consid. 5b).

En matière d'assurance-accidents, le Tribunal fédéral des assurances a posé des règles qui visent à permettre de juger objectivement de la causalité adéquate entre un accident assuré et des troubles psychiques à l'origine d'une incapacité de travail ou de gain. Ces règles reposent sur une classification des accidents en trois catégories (accidents de peu de gravité, accidents de gravité moyenne, accidents graves).

Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407ss consid 5).

Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée. Inversement, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate. Dans le cas d'un accident de gravité moyenne, il faut, pour trancher la question de la causalité adéquate, prendre en considération un certain nombre de circonstances qui, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, sont de nature, dans le cas d'un accident de cette catégorie, à entraîner ou à aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique (ATF 115 V 138 ss consid. 6, 407 ss consid. 5; voir aussi ATF 120 V 355 sv. consid. 5b, 117 V 366 ss consid. 6, 382 ss consid. 4b et c).

Il se justifie d'appliquer les mêmes principes pour trancher la question de la causalité adéquate requise par l'art. 6 LM, en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident. L'appréciation de la causalité adéquate obéit en effet aux mêmes impératifs de politique juridique dans les deux assurances. Elle répond à la même nécessité de fixer - et cela de manière identique - une limite raisonnable à la responsabilité de l'assurance sociale, compte tenu de la multiplicité des causes naturelles qui participent à la survenance du résultat (cf. ATF 122 V 417 consid. 2c,

117 V 382 consid. 4a; MEYER-BLASER, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, RSAS 1994, p. 82; SCARTAZZINI, op.cit., p. 18 sv.). D'ailleurs, sous l'empire de l'ancien droit, la jurisprudence se référait déjà, en ce domaine, aux principes applicables dans l'assurance-accidents (ATF 105 V 231 consid. 4c). Pour ce qui est du nouveau droit, le message du Conseil fédéral révèle, de manière explicite, la volonté du législateur d'adopter, pour juger du caractère adéquat de troubles psychiques consécutifs à un accident, les mêmes solutions que celles dégagées par la jurisprudence dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 123 V 137 ; message précité, FF 1990 III 234).

Dans le cas d'espèce, la SUVA a retenu qu'on ne pouvait que conclure à un accident sans gravité puisque, selon les premières déclarations faites par l'assuré dans le cadre des enquêtes de service extérieur, effectuées en juin 2003, il avait glissé et chuté en arrière, dans un escalier, s'était heurté le coccyx puis avait continué à descendre plusieurs marches sur le côté droit. Il s'est ensuite relevé et a continué sa journée. En un tel cas, la relation de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques de l'assuré doit être niée.

Quoi qu'il en soit, même si l'on estime que l'accident doit être qualifié de gravité moyenne, à la limite du peu de gravité, il faudrait encore, pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident et les affections psychiques invoquées par l'assuré, prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré (ATF 123 V 140). Les critères les plus importants mis en évidence par la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances sont les suivants :

-les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques où 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 ;
- enfin le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il n'est toutefois pas nécessaire qu'apparaisse dans chaque cas toutes ces circonstances à la fois. Lorsqu'en revanche aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères, cela d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. Ainsi lorsqu'un accident de

gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents peu graves, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 409).

C'est à juste titre que l'intimée a considéré que les circonstances de l'accident n'avaient pas été particulièrement dramatiques et que les lésions physiques (une contusion lombaire) n'étaient ni graves ni de nature à entraîner des troubles psychiques.

Quant au traitement médical, force est de constater, vu la nature des lésions physiques et l'absence de séquelles physiques causées par l'accident, que, s'agissant des troubles physiques, il n'a duré que quelques mois : à compter de novembre 2003, il n'a plus été motivé que par les troubles psychiques. En conséquence cette condition n'est pas davantage remplie.

Aucune erreur de traitement ni complication importante n'est intervenue.

S'agissant de l'incapacité de travail, force est de constater là encore qu'au bout de quelques semaines, elle n'a plus été motivée par l'affection physique mais par l'affection psychique de sorte que l'incapacité de travail strictement en rapport avec l'affection physique n'a pas eu une durée anormalement longue.

En revanche, les douleurs physiques ont persisté, bien qu'au bout de quelques mois, à partir de novembre 2003, ces douleurs aient sans doute été causées par les troubles psychiques.

Quant à la question de savoir si les lésions physiques étaient propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, elle doit être tranchée par la négative. En effet, du point de vue objectif, l'accident ne revêtait pas une grande gravité. Il a même été qualifié de minime ou mineure par les médecins. Selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait de tomber dans les escaliers, de se heurter le coccyx et de glisser sur quelques marches, n'était manifestement pas suffisant pour provoquer chez la plupart des gens un trouble somatoforme douloureux ou une dépression durable de gravité moyenne.

En conséquence, seul un critère est réalisé en l'espèce (douleurs physiques persistantes), voire deux si l'on considère que l'incapacité de travail due aux lombalgies a duré jusqu'au mois de novembre et qu'elle est donc particulièrement longue. Etant rappelé qu'en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien

de causalité puisse être admis, la causalité adéquate doit être niée en l'espèce, entre l'accident de mars 2003 et les troubles psychiques diagnostiqués.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est 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 gratuite.

4. Dit que les parties 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. Ce mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs le recourant estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter la signature du recourant ou 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 au mémoire s'il s'agit de pièces en possession du recourant. Seront également jointes au mémoire 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