

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 mars 2012

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : M. Perdrix et Mme Férolles, assesseurs  
Greffier : Mme Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à Nyon, recourant, représenté par Me Daniel Meyer, avocat à Genève,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne.

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** U.\_\_\_\_\_, né en 1984, monteur en chauffage, a été employé depuis le 28 février 2006 par la société E.\_\_\_\_\_ SA à Carouge. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA).

Le 1<sup>er</sup> février 2008, sur un chantier, il a été touché au niveau de la lèvre inférieure par un fil électrique dénudé. Il a subi une électrocution. Sa main droite est d'abord restée bloquée sur la vanne de chauffage qu'il était en train d'ouvrir, puis il s'est retrouvé à terre, légèrement désorienté. Il a à ce moment constaté des céphalées avec, en particulier, des douleurs au niveau de la mâchoire. Divers troubles sont apparus dans les minutes qui ont suivi. Il est parti manger avec ses collègues, les céphalées augmentant progressivement. Dans l'après-midi, les douleurs se sont étendues au niveau des épaules et du dos, et il a ressenti un serrement thoracique à gauche et dans le membre supérieur gauche. Il a consulté un médecin, le Dr R.\_\_\_\_\_, qui a posé les diagnostics de status après électrocution, probable commotion cérébrale et stress post-traumatique. Un traitement médicamenteux a été prescrit. Après une tentative infructueuse de reprise du travail, une incapacité de travail totale a été indiquée dès le 4 février 2008, réduite plus tard à 50 %, avec reprise effective du travail à ce taux dès le 25 mars 2008. La CNA a pris en charge cet accident professionnel.

L'évolution a été caractérisée par la persistance de céphalées importantes. Le traitement antalgique a été poursuivi et le taux d'activité a été maintenu la plupart du temps à 50 %, avec certaines périodes d'incapacité totale, en particulier dès le 20 août 2008, l'assuré ayant interrompu son travail en raison d'un malaise.

Consultée les 7 mars et 22 mai 2008, la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué qu'un examen radiologique (IRM cérébrale) avait révélé une situation semblant « strictement normale ».

Elle a posé le diagnostic de céphalées quotidiennes dans le cadre d'un stress post-traumatique, et elle a proposé un sevrage antalgique.

Le 24 novembre 2008, la CNA (Suva Genève) a rendu une décision par laquelle elle a fixé au 30 novembre 2008 la fin des prestations d'assurance parce que, du point de vue médical, l'accident ne jouait plus aucun rôle dans les troubles présentés. Elle s'est fondée sur une appréciation de son médecin d'arrondissement Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui avait retenu le 30 octobre 2008 que, du point de vue physique, la seule lésion objective liée à l'électrocution avait été une petite brûlure de la lèvre inférieure; ensuite, l'ensemble de la symptomatologie trouvait son origine dans la sphère psychique. Un autre médecin d'arrondissement de la CNA (Suva Genève), le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, avait aussi examiné l'assuré. Dans un rapport du 22 octobre 2008, il avait retenu le diagnostic de troubles somatoformes, sans précision (F 45.9).

**B.** U.\_\_\_\_\_ a formé opposition. La CNA (Suva Lucerne, secteur oppositions) a rejeté cette opposition par une décision rendue le 11 février 2009. Elle a considéré qu'il n'y avait pas de relation de causalité, naturelle et adéquate, entre l'accident du 1<sup>er</sup> février 2008 et les troubles invoqués par l'assuré. Elle a notamment exposé ce qui suit (consid. 3-5) :

« En l'espèce, il ressort de l'appréciation médicale du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la Suva Genève, du 30 octobre 2008, que, du point de vue physique, la seule lésion objective liée à l'électrocution en cause a été une petite brûlure de la lèvre inférieure, l'ensemble de la symptomatologie actuelle trouvant son origine dans la sphère psychique, la question déterminante se posant à la Suva étant d'examiner la question de la causalité adéquate de ladite symptomatologie par rapport à l'importance de l'accident.

Le dossier ne révèle et l'opposant n'apporte aucun avis médical motivé divergent. Il est constant que l'ensemble des rapports médicaux déterminants au dossier écartent une cause organique à la symptomatologie litigieuse, pour la mettre en relation avec un état de stress post-traumatique, ou une dépression, diagnostics qui n'ont pas été confirmés par un psychiatre. Cela étant, l'assuré a été examiné le 15 octobre 2008 par le Dr P. J.\_\_\_\_\_ [...] qui a constaté qu'il persistait un ensemble de symptômes non spécifiques, mal systématisés, allant vers la chronicisation avec un état de régression, d'hyper-expression des douleurs et de focalisation sur sa problématique, a conclu à une discordance certaine entre l'importance des plaintes et la réalité somatique objective et, enfin, a posé le diagnostic de troubles somatoformes, sans précision (F45.9).

Il en résulte qu'il convient d'admettre le bien-fondé de l'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_. Le fait que la symptomatologie litigieuse soit consécutive à l'événement assuré n'établit en rien l'existence de lésions physiques et/ou de causes organiques aux troubles litigieux. [...] Reste dès lors et eu égard aux motifs de l'opposition à examiner la causalité adéquate.

En l'occurrence, l'on ne saurait donner acte à l'opposant de son classement de l'accident dans la catégorie des accidents graves. Il s'agit bien plutôt de classer [l'accident] dans la catégorie des accidents de moyenne gravité, et certainement pas à la limite supérieure avec les accidents graves, vu les circonstances du cas d'espèce, en comparaison avec un autre accident dont la Haute Cour a eu à connaître, accident avec graves brûlures séquellaires de l'explosion de produits chimiques (arrêt TFA U 102/99 du 13.09.1999).

Ensuite, il est constant que le déroulement de l'accident revêt une certaine intensité. Cela étant, les lésions physiques ne sont pas graves au sens de la jurisprudence. De même, aucun des autres critères jurisprudentiels ne saurait être retenu, de sorte que, contrairement à ce que prétend l'opposant, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit être niée. [...]

Il peut être encore pertinent de relever que seul le Dr R.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une commotion cérébrale. A cet égard, en notant qu'il a été question d'une brève perte de connaissance, voire d'une désorientation, vu la symptomatologie litigieuse, on pourrait le cas échéant se poser la question de savoir si l'on n'est pas en présence d'une telle commotion voire d'un MTBI [Mild Traumatic Brain Injury]. Au sens de la jurisprudence qui précède, même s'il fallait l'admettre, cela ne permettrait pas pour autant de conclure à une cause organique [...]. Ensuite, nul n'a attribué les troubles litigieux à un syndrome typique des traumatisés crâniens. Il apparaît bien plutôt que des plaintes mal systématisées rapportées à un trouble psychique en tant que tel dominant le tableau clinique, ce qui ramène à l'examen de la causalité adéquate qui précède.[...]

En conséquence, de toutes les manières, il est établi à satisfaction de droit que les troubles litigieux n'ouvrent pas de droit aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire. »

**C.** U.\_\_\_\_\_ a recouru le 13 mars 2009 contre la décision sur opposition, en demandant qu'il soit prononcé qu'il « a droit aux prestations d'assurances obligatoires au-delà du 30 novembre 2008, soit en particulier les indemnités journalières sur la base d'un degré d'incapacité de gain de 100 %, ainsi que la prise en charge des soins médicaux nécessaires ». A titre subsidiaire, il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Ce recours, adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève, a été transmis d'office à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, le recourant étant domicilié dans le canton de Vaud (cf. art. 58 LPG).

Dans sa réponse du 16 juillet 2009, la CNA conclut au rejet du recours.

Le recourant et la CNA ont déposé des observations complémentaires, sans modifier leurs conclusions.

**D.** Par ordonnance du 26 août 2009, le juge instructeur a rejeté le requête de restitution de l'effet suspensif présentée par le recourant.

**E.** Le 21 août 2008, U.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations AI. Il s'est prévalu d'une incapacité de travail liée à l'accident précité, à cause de maux de tête et de douleurs diverses. Cette demande a été traitée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI).

U.\_\_\_\_\_ a ensuite envoyé, à l'OAI et à la Cour de céans, une attestation du 27 mai 2009 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, assurant son suivi psychiatrique depuis le 1<sup>er</sup> mai 2009. Le Dr S.\_\_\_\_\_ mentionne un état de stress post-traumatique, en rapport avec l'accident de février 2008, et un trouble dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, réactionnel à l'état de stress post-traumatique et à des difficultés importantes de réinsertion sociale et professionnelle. Le Dr S.\_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail est nulle depuis au moins le 1<sup>er</sup> mai 2009, pour une durée de 6 mois.

U.\_\_\_\_\_ a par ailleurs adressé à la Cour de céans un rapport médical du 13 février 2009, établi par son médecin traitant Dr B.\_\_\_\_\_, généraliste, à la demande de l'OAI. Ce médecin a mentionné les douleurs multiples dont se plaignait l'assuré. Il a retenu les diagnostics suivants: céphalées et cervicalgies persistantes après électrocution, état dépressif réactionnel, syndrome de stress post-traumatique.

En raison d'un état psychiatrique invalidant, U.\_\_\_\_\_ s'est vu reconnaître par l'OAI le droit à une rente entière d'invalidité de l'AI dès le

1<sup>er</sup> mai 2010. Cette décision est entrée en force (cf. CASSO AI 23/11 - 80/2012 du 27 février 2012).

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA - délai suspendu pendant les fêtes). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès d'un tribunal incompétent *ratione loci*, mais qui l'a transmis d'office au tribunal compétent - celui du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA) -, est donc recevable. Il y a lieu d'entrer en matière.

**2.** Le recourant fait valoir qu'il souffre, treize mois après l'accident (à la date du dépôt du recours), des troubles suivants: céphalées aiguës, nuchalgies, vertiges, sensation d'oppression thoracique, douleurs au niveau des extrémités, importantes fatigues, troubles de la concentration et de la mémoire, troubles du sommeil avec cauchemars récurrents «et autres symptômes de la lignée psychique». Selon lui, tous ces symptômes sont consécutifs à l'accident.

Dans ses déterminations du 4 septembre 2009, le recourant fait valoir qu'il serait insoutenable de mettre l'essentiel de la symptomatologie douloureuse sur le compte de la sphère psychique; selon lui, il n'est pas admissible de reconnaître qu'il souffre physiquement et d'affirmer que ses souffrances n'ont aucun substrat somatique. Cela étant, le recourant n'invoque aucun avis médical qui permettrait d'invalider l'appréciation de la CNA selon laquelle les troubles invoqués, à savoir des douleurs multiples, ne reposent sur aucun substrat à caractère organique. Cette conclusion était fondée sur l'avis du médecin d'arrondissement Dr

K.\_\_\_\_\_, qui lui-même avait tenu compte de l'avis d'un neurologue, et qui n'avait pas constaté d'autre lésion objective consécutive à l'accident qu'une petite brûlure de la lèvre. Le recourant n'affirme pas qu'il aurait subi d'autres lésions sur le plan physique.

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b). Le juge apprécie librement les preuves médicales du dossier. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. Un rapport médical a une valeur probante pour autant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a) .

En l'occurrence, le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, en relation avec les autres rapports médicaux dont ce spécialiste a tenu compte, est suffisamment probant pour statuer sur la question soulevée par le recourant. La CNA pouvait considérer que l'origine des douleurs et des autres troubles (de la concentration, etc.) ne se trouvait pas dans une

lésion physique (substrat organique) mais bien plutôt dans la sphère psychique.

**3.** Le recourant, qui admet l'existence de troubles psychiques, soutient qu'ils ont été causés par l'accident du 1<sup>er</sup> février 2008. Seule la question du lien de causalité entre cet accident, d'une part, et les troubles psychiques, d'autre part, est litigieuse.

**a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel ou non. Le droit à des prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Si l'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 de l'assuré 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*).

Il faut encore un lien de causalité adéquate. En ce qui concerne les troubles d'ordre psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves.

Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même, en fonction de son déroulement.

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et des troubles psychiques doit, ordinairement, être d'emblée niée. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat des troubles psychiques de l'assuré soit admis (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4; 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa; cf. aussi Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in SBVR Soziale Sicherheit, 2<sup>ème</sup> éd., p. 868).

**b)** Objectivement, l'accident du 1<sup>er</sup> février 2008 n'est à l'évidence pas un accident grave. La CNA était fondée à le classer dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, n'étant pas à la limite de la catégorie des accidents graves. A titre d'exemple, selon la jurisprudence, un accident de la circulation au cours duquel un véhicule circulant sur l'autoroute dérape et heurte latéralement la glissière de sécurité, et où le passager dudit véhicule percute la portière droite de la tête et de l'épaule et subit de ce fait une commotion cérébrale, une distorsion cervicale et diverses commotions, doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents graves (TF 8C\_182/2009 du 8 décembre 2009). De même, un heurt provoqué par le déploiement subit de la cime d'un arbre abattu, laquelle était restée coincée, ayant provoqué des lésions somatiques passagères au dos d'un bûcheron ainsi que des troubles psychiques réactionnels a été un événement considéré comme accident de gravité moyenne par le Tribunal fédéral (ATF 115 V 403). Dans le cas particulier, les circonstances de l'accident sont objectivement beaucoup moins graves.

**c)** Il reste donc à examiner si, dans le cas présent, la CNA devait admettre que plusieurs des critères jurisprudentiels précités étaient réalisés.

A l'évidence, seul le critère des douleurs physiques persistantes pourrait être retenu, les autres n'entrant pas en considération. Cela ne suffit pas, selon la jurisprudence, pour admettre un lien de causalité adéquate.

Dans ces circonstances, la CNA était donc fondée à mettre fin à ses prestations. La décision attaquée ne viole ainsi pas le droit fédéral, et les griefs du recourant doivent être écartés.

**d)** Il y a lieu de préciser que les atteintes d'ordre psychique, postérieures à l'accident mais sans lien de causalité avec lui, compromettent néanmoins durablement la capacité de travail; cela ne justifie pas l'octroi de prestations par l'assurance-accidents mais le cas

échéant par l'assurance-invalidité. Cette question n'a pas à être traitée dans le présent arrêt.

**4.** Il résulte des considérants que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 11 février 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Daniel Meyer, avocat (pour U. \_\_\_\_\_),
- Me David Métille, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :