

du 17 décembre 2002

dans la cause

Monsieur B. M.

représenté par Me Christian Grosjean, avocat

contre

C. ASSURANCES

et

X. ASSURANCES

EN FAIT

1. M. B. M., né en 1960, domicilié à Genève, était employé auprès de l'Hôpital de Loëx en qualité d'aide-soignant. A ce titre, il était assuré par la X. Assurances, pour les accidents professionnels et non professionnels ainsi que pour les maladies professionnelles au sens de la loi fédérale sur l'assurance accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).
2. M. B. M. a été victime d'un accident professionnel le 5 décembre 1996. Alors qu'il essayait de maîtriser un patient en crise et qui avait uriné sur le sol, l'assuré a glissé. En tombant, il s'est cogné la nuque sur la barrière de protection du lit.
3. M. B. M. a séjourné du 5 au 11 décembre 1996 à la policlinique de neurologie. Selon le rapport établi le 8 janvier 1997 par le Professeur L. et le Dr P., le patient n'avait pas subi de perte de connaissance. Après la chute, il se plaignait de cervicalgies, de nausées avec vomissements et d'un état vertigineux. Il avait souffert également de paresthésies du membre supérieur gauche remontant à l'épaule gauche, d'une diminution de la sensibilité de l'hémicorps gauche avec lourdeur et le diagnostic de probable contusion médullaire a été posé après que des radiographies de la colonne et un Cat-Scan - normaux - eurent été effectués. Le port d'une minerve a été prescrit.
4. A partir du 3 mars 1997, M. B. M. a repris son activité professionnelle à 50%.
5. Son médecin-traitant, le Dr Christian H., spécialiste FMH en médecine interne, a prescrit un nouvel arrêt de travail à 100% dès le 16 mai 1997, en raison de vertiges et de céphalées post-traumatiques de plus en plus importants. Le Dr H. a adressé M. B. M. au Dr G., spécialiste du vertige à la clinique et policlinique d'oto-rhino-laryngologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG). Le Dr G. a examiné M. B. M. le 1er juillet 1997 et il a établi son rapport le 18 juillet de la même année. Ce spécialiste a conclu que le bilan oto-neurologique était normal. Le Cat-Scan et l'IRM effectués l'étaient également. Il n'a pas exclu une toute petite atteinte vestibulaire qui n'était toutefois pas

mise en évidence par les examens fonctionnels. Cela ne devait pas empêcher le malade de travailler à plein temps. Dans un tel cas, l'activité physique était le meilleur traitement et habituellement, les vertiges disparaissaient dans l'année qui suivait.

6. M. B. M. a repris son activité professionnelle le 4 août 1997.
7. Le 28 juin 1998, il a consulté le Dr Z. qui, le 30 juillet 1998, a posé le diagnostic de probable contusion médullaire et prescrit un traitement d'ostéopathie et d'acupuncture, effectué pour le premier par le Dr D. et pour le second par le Dr Roth.
8. A la requête de la X. Assurances, le Dr D. a confirmé le 9 novembre 1998 que la relation de causalité entre les troubles présentés par l'assuré et l'accident était toujours donnée mais qu'elle ne subsisterait pas indéfiniment.
9. Le 8 février 1999, les HUG ont annoncé une rechute de l'accident du 5 décembre 1996 entraînant une incapacité de travail de 50% dès le 5 février 1999.
10. Le 10 mars 1999, le Dr Z. a diagnostiqué une lésion médullaire cervicale avec un déficit moteur et sensoriel gauche ainsi que des troubles urinaires et sexuels. L'incapacité de travail de 50% dès le 4 février 1999 était confirmée et cela pour une durée indéterminée.
11. Le 1er avril 1999, le Dr Z. a certifié à la X. Assurances que l'assuré souffrait d'une impuissance sexuelle liée à son traumatisme médullaire, ce qu'a attesté le bilan urologique pratiqué par le Dr Jean-François B.. Pour le Dr Z., une prise en charge psychiatrique était nécessaire car l'impuissance constatée avait des répercussions psychologiques tout à fait évidentes, raison pour laquelle il avait adressé M. B. M. au Dr K., spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
12. La X. Assurances a confié une expertise neurologique au Dr Dominique F. après avoir adressé à l'assuré une copie de la mission d'expertise.
13. Le Dr F. a examiné M. B. M. les 10 mai et 1er juin 1999. Il a répondu comme suit aux questions qui lui, étaient posées : les troubles sensitifs et sphinctériens

étaient certainement dus à l'accident mais ne correspondaient à aucun tableau clinique cohérent. Pour les seconds "l'incohérence de leur expression, du tableau clinique et de leur amélioration après traitement permettait d'émettre de sérieux doutes quant à leur organicité".

Les douleurs cervicales intermittentes étaient dues de façon probable à l'accident.

Les troubles d'ordre sexuel étaient dus de façon possible audit accident.

Aucune maladie ou accident antérieur ou intercurrent ne jouait de rôle.

La capacité de travail de M. B. M. était totale dès le 6 avril 1999 et les suites de l'accident ne nécessitaient plus de traitement médical.

Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité.

14. Après avoir informé le 29 juin 1999 M. B. M. qu'elle envisageait de mettre un terme à ses prestations avec effet au 23 novembre 1998, la X. Assurances a par décision du 28 octobre 1999 cessé ses versements avec effet à la date précitée.

15. M. B. M., par l'intermédiaire d'un avocat, a fait opposition en temps utile à cette décision.

Les conclusions du Dr F. relatives au fait que les troubles d'ordre sexuel étaient dus de façon possible à l'événement du 5 décembre 1996 étaient en contradiction avec celles du Dr B., spécialiste en urologie. De plus, il était surprenant que l'expert ait conclu d'une part que les troubles sensitifs, les troubles sphinctériens ainsi que les douleurs cervicales ne nécessitaient plus un traitement médical alors qu'aucune atteinte à l'intégrité n'était reconnue.

Il sollicitait la poursuite du versement des prestations et subsidiairement la mise sur pied d'une expertise à confier à un urologue et/ou un psychiatre.

16. U., assureur maladie de M. B. M., a fait opposition en temps utile à la décision du 28 octobre 1999 puis elle l'a retirée le 27 décembre 1999, en admettant qu'à partir du 23 novembre 1998, le cas

relevait de l'assurance maladie.

17. Dans le cadre de l'instruction de l'opposition, la X. Assurances a informé le conseil de M. B. M. par courrier du 8 mai 2000, qu'elle avait soumis le dossier complet à son médecin-conseil, le Dr H., et que celui-ci était d'avis qu'une expertise urologique, visant à éclaircir les problèmes d'ordre sexuel et sphinctérien, ainsi qu'à une expertise psychiatrique, vu l'état dépressif de l'assuré, s'avéraient nécessaires. Elle soumettait à l'assuré les noms des Drs S., urologue, et V., psychiatre, en le priant d'indiquer s'il acceptait de se soumettre à ces expertises auquel cas la mission lui serait envoyée.

M. B. M. ayant accepté l'un et l'autre des experts, ceux-ci ont été mandatés par la X. Assurances. Le conseil de M. B. M. a pu se déterminer sur les missions d'expertise et proposer des questions.

18. Le Dr V. a rendu son rapport le 9 septembre 2000 après avoir pris connaissance du dossier médical et pris contact avec le Dr F..

De plus, le Dr V. avait examiné M. B. M. les 10 et 25 juillet 2000 pendant 3h30. L'expert a conclu qu'à la suite de cet accident, qui n'avait rien de dramatique, M. B. M. ne présentait pas de trouble psychiatrique ni de troubles mentaux liés à l'accident du 5 décembre 1996. Par conséquent, il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité psychique ni d'incapacité de travail ni de traitement pour des raisons psychiatriques. Il appartenait aux médecins somaticiens de se prononcer sur l'origine des autres troubles présentés par l'assuré.

19. Quant au Dr S., il a déposé son rapport le 19 octobre 2001 après avoir pris connaissance également du dossier médical et de l'expertise du Dr F. et examiné M. B. M. le 13 octobre 2000. A la requête du Dr S., le Dr N., spécialiste FMH en cardiologie, a effectué divers examens en novembre 2000, soit une échocardiographie, un écho-doppler et un échocardiogramme.

Le Dr S. a conclu que sur le plan urologique il n'y avait pas d'incapacité de travail. La fonction vésicale avait été complètement récupérée. Il y avait une relation évidente de cause à effet entre l'accident et les troubles sexuels du patient. Depuis l'accident, celui-ci n'obtenait plus d'érection ni d'éjaculation et

n'avait de ce fait pu établir de pénétration ni de relation complète. Il avait essayé de déclencher l'érection au moyen du médicament "Muse"; l'érection avait été obtenue, mais sans orgasme. De plus, le produit introduit par l'urètre déclenchait une réaction de brûlure. Un essai de Viagra provoquait des palpitations et des transpirations mais pas d'érection. Pour le Dr S., la prise en charge de ces médicaments devait incomber à l'assureur-accidents car ils n'étaient pas couverts par l'assurance maladie obligatoire des soins. L'élément psychogène tendant à provoquer l'état dépressif dû aux relations sexuelles non satisfaisantes pouvait compromettre l'activité professionnelle principalement sur le plan relationnel mais il n'y avait pas de répercussion sur la capacité du patient à exercer la fonction d'aide-hospitalier. Une amélioration de la capacité sexuelle du patient n'était pas exclue.

Malgré les troubles décrits ci-dessus il n'y avait pas d'invalidité sur le plan de l'incapacité de travail. Toutefois, un traitement médical sous la forme de prise en charge des médicaments précités demeurait nécessaire. Quant à la persistance d'une hypoesthésie en selles, elle constituait la seule atteinte résiduelle à l'intégrité et pouvait expliquer en partie les troubles érectiles.

20. Invité à se déterminer au sujet de cette expertise, le conseil de M. B. M. a relevé que sur ce dernier point, le Dr S. ne chiffrait pas le degré de l'atteinte à l'intégrité, en référence à l'annexe 3 OLAA.

Il concluait :

- à la prise en charge globale des suites de l'accident jusqu'au 6 avril 1999;
- au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) à hauteur de 40% en référence à l'annexe 3 OLAA relative à la perte des organes génitaux ou de la capacité de reproduction;
- à la prise en charge d'un adjuvant à l'érection;
- à la prise en charge du traitement médical en relation avec la fonction vésicale, et enfin;
- à la prise en charge des frais médicaux en relation avec les troubles sensitifs et les douleurs cervicales, selon l'expertise du Dr F..

21. Par décision du 5 décembre 2001, la X. Assurances a admis très partiellement l'opposition. Au vu du rapport du Dr F., il était clair que l'assuré n'avait pas été victime d'une atteinte médullaire. Le Dr F. relevait qu'il en avait rediscuté avec le Professeur L. lequel regrettait d'avoir été hâtif dans l'élaboration de son rapport le 8 janvier 1997. Pour le Dr V., il n'y avait pas d'atteinte psychique consécutive à l'accident.

Même en admettant avec le Dr S. que les troubles sexuels se répercutent sur l'état psychique de l'assuré, le lien de causalité entre l'accident et ces troubles-ci devait être nié, au vu du rapport du Dr V..

Enfin les troubles sexuels étaient sans incidence sur la capacité de travail de l'assuré.

Quant aux troubles sphinctériens, ils étaient guéris grâce au traitement à base de Ditropan ordonné par le Dr B..

En conclusion, la X. Assurances admettait que les seules prestations d'assurance auxquelles l'assuré avait droit au-delà du 23 novembre 1998 consistaient en la prise en charge du traitement à base de Ditropan et du traitement médicamenteux proposé par le Dr S. comme adjuvant à l'érection, ces médicaments n'étant pas pris en charge par l'assurance de base.

Ces troubles sexuels ne donnaient pas lieu au versement d'autres prestations et en tout cas pas à une indemnité pour atteinte à l'intégrité dès lors qu'ils ne pouvaient être assimilés à la perte des organes génitaux ou à la perte de la capacité de reproduction.

22. Par acte déposé au greffe le 6 mars 2002, M. B. M. a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif fonctionnant comme tribunal cantonal des assurances en concluant à son annulation sauf sur le chiffre 3.2 concernant l'admission par la X. Assurances de la prise en charge des traitements médicamenteux précités.

Il concluait derechef à la condamnation de la X. Assurances à la prise en charge globale des suites de l'accident jusqu'au 6 avril 1999, à savoir indemnités journalières, frais médicaux, une indemnité pour atteinte à l'intégrité à hauteur de 40% au moins, frais médicaux

en relation avec les troubles sensitifs et les douleurs cervicales ainsi qu'à une indemnité de procédure.

23. Le juge délégué a invité U., devenue C. Assurances, assureur maladie de M. B. M., à se déterminer. Par courrier du 3 avril 2002, celle-ci a renoncé à déposer des observations.
24. Quant à la X. Assurances, elle a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition pour les motifs exposés dans cette dernière.
25. Selon les renseignements obtenus de la C. Assurances le 4 décembre 2002, cette assurance avait pris en charge le coût de quelques médicaments pour M. B. M., à hauteur de CHF 22,45 le 14 mars 1999 et de CHF 34,05 le 31 mars 1999.
26. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56C litt. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 - LOJ - E 2 05; art. 106 LAA).
2. La X. Assurances a mis un terme à ses prestations au 23 novembre 1998 en invitant son assuré à prendre contact avec son assurance maladie, laquelle s'est déclarée le 27 décembre 1999 disposée à prendre le cas en charge.

Le recourant n'allègue pas avoir contacté U. devenue C. Assurances ou avoir demandé d'autres prestations que le paiement des quelques médicaments cités ci-dessus de la part de son assurance maladie.
3. De plus, il admet avoir travaillé à 100% du 4 août 1997 au 3 février 1999. Suite à la rechute annoncée par son employeur le 8 février 1999, il a travaillé à 50% du 4 février au 6 avril 1999, puis dès le 7 avril 1999 à 100% à nouveau, conformément aux conclusions du Dr F..
4. a. En vertu de l'article 6 alinéa 1 LAA, l'assureur accident ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement

naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337). Dans l'éventualité où le lien de causalité naturelle n'a pas été prouvé, il est alors superflu d'examiner s'il existe un rapport de causalité adéquate (ATF 119 V 335 consid. 4c p. 346).

b. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 et les références; ATFA D. du 28 juin 1995).

5. En vertu de l'article 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'article 21 LAA. Le salaire déterminant en cas de rechute est celui que l'assuré a reçu juste avant celle-ci; il ne saurait toutefois être inférieur à dix pour cent du montant maximum du gain journalier assuré, sauf pour les bénéficiaires de rentes de l'assurance sociale (art. 23 al. 8 OLAA).

Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une

affection tenue pour guérie se manifeste à nouveau, entraînant des soins médicaux, voire une (nouvelle) incapacité de travail. On est en présence d'une suite tardive, lorsqu'une affection apparemment guérie provoque au bout d'un certain temps des désordres organiques ou aussi psychiques, révélateurs possibles d'une symptomatologie différente de l'affection première (ATF 105 V 31 consid. 1c p. 35).

Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation est long et plus les exigences quant à la preuve, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RJ 1994 46 consid. 1b; ATFA B. du 30 août 1993; ATA P. du 21 novembre 1995 et les références citées; ATA J.-C. du 8 octobre 1996).

Dans ces deux hypothèses (rechutes et séquelles tardives), les prestations d'assurance sont accordées et ceci indépendamment du fait de savoir si l'intéressé est encore assuré à ce moment-là (A. MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht Berne 1985, p. 277). Ainsi, l'article 23 alinéa 8 OLAA, bien qu'il fasse seulement mention de la rechute, doit être compris dans un sens plus large et englober les deux hypothèses décrites ci-dessus.

6. La X. Assurances, assureur accidents privé, a parfaitement instruit ce dossier en respectant la procédure administrative pour mandater les Drs F., V. et S. après avoir soumis le nom de ces experts et leur mission d'expertise à l'assuré.
7. S'agissant d'une expertise médicale réalisée dans le respect de l'article 19 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA - RS 172.021), c'est à dire lorsque l'assureur-accidents veille à ce que les parties puissent collaborer à l'administration des preuves (ATF G. du 30 mars 2002 - U 280/00), le Tribunal fédéral des assurances a déclaré qu'en principe le juge ne s'en écarte pas sans motifs impérieux, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peuvent constituer des raisons de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes

émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b p. 290; 112 V 30 consid. 1a p. 32 et les références; RAMA 1990 p. 187; ATA S. du 10 décembre 2002).

8. En l'espèce, le tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter de ces avis, émis par des spécialistes, et qui sont étayés de manière documentée et convaincante.

a. Le lien de causalité naturelle entre les troubles sphinctériens et urologiques doit ainsi être admis comme l'a fait la X. Assurances sur la base du rapport du Dr F. qui a accepté de prendre en charge le coût des médicaments pour l'une et l'autre de ces affections, dans la mesure où ils n'étaient pas à charge de l'assurance obligatoire des soins.

b. La prise en charge des frais médicaux en relation avec les troubles sensitifs et les douleurs cervicales, incombe également à la X. Assurances puisque le Dr F. a admis que le lien de causalité entre l'accident et les douleurs cervicales intermittentes était probable. La décision attaquée sera donc réformée sur ce point.

c. Enfin, les conclusions du Dr V. permettent d'exclure que l'assuré souffre de troubles psychiques.

9. a. Si par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). En vertu des articles 25 alinéa 2 LAA et 36 alinéa 1 de l'ordonnance sur l'assurance accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), le Conseil fédéral a édicté des directives sur le calcul de l'atteinte à l'intégrité, constituant l'annexe no 3 de l'OLAA.

b. Une telle atteinte est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera, avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'atteinte à

l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen (W. GILD et H. ZOLLINGER, Die Integritätentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 1984, pp. 38 et 46; dans le même sens, A. MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 417; A. RUMO-JUNGO, E. MURER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104).

c. La division médicale de la CNA a élaboré des tables complémentaires plus détaillées (Informations de la division médicale de la CNA no 57 à 60, ainsi que 62), que le Tribunal fédéral a jugées compatibles avec l'annexe 3 OLAA, dans la mesure où elles ne constituaient pas des règles de droit impératives, mais simplement des indications destinées à garantir l'égalité de traitement entre les assurés (ATF 116 V 156; 113 V 218).

10. L'assuré réclame une IPAI de 40% au moins au motif qu'il aurait perdu toute capacité de reproduction car depuis l'accident, il n'a plus ni érection, ni éjaculation. La X. Assurances le conteste. Certes, aucun certificat médical n'atteste que la capacité de reproduction serait nulle. De plus, grâce aux médicaments prescrits, une érection peut être obtenue.

Cependant, le Dr S. a attesté que la prise de médicaments (tels que Muse ou le Viagra) était nécessaire pour permettre une érection.

L'assuré a décrit les effets secondaires désagréables, sous forme de brûlures, que lui procurent ces traitements. Enfin, des érections obtenues de la sorte ne lui procurent aucun orgasme. Le Tribunal admettra ainsi que le recourant souffre bien d'une affection durable et qu'une éventuelle amélioration nécessite le recours à des éléments extérieurs, tel un traitement médicamenteux.

11. a. Il n'existe pas de directives de la CNA ni de barème dans l'annexe 3 OLAA ou dans les tables pour ce type d'affection, et ainsi que l'indique l'intimée dans sa décision sur opposition, il faut procéder par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte, à savoir pour :

- une atteinte modérée 20%;
- pour une atteinte modérée à moyenne 35%;
- pour une atteinte moyenne 50%;
- pour une atteinte moyenne à grave 70%;
- pour une atteinte très grave 80% (ATA A. du 12 novembre 2002; ATA S. du 19 novembre 2002).

b. Au vu des éléments rappelés ci-dessus, la X. Assurances aurait dû admettre que l'assuré souffrait d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, la perte de la capacité de reproduction n'étant pas le seul critère à prendre en considération. L'octroi d'une IPAI de 20 % correspondant à une atteinte modérée se justifie (ATF 117 V consid. 3 a/bb p.79; 113 v 140 consid. 3a) p. 143).

12. Le recourant n'encourant pas d'incapacité de travail, il ne saurait prétendre le versement d'indemnités journalières.
13. Le recours sera ainsi partiellement admis au sens des considérants.

Vu la nature du litige, il ne sera pas perçu d'émolument (art. 89 G LPA).

Vu l'issue du litige, une indemnité de procédure de CHF 1'500.- sera octroyée à M. B. M. à charge de la X. Assurances.

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 6 mars 2002 par Monsieur B. M. contre la décision du 5 décembre 2001 prise par la X. Assurances;

au fond :

l'admet partiellement;

réforme la décision sur opposition;

alloue à M. B. M. une IPAI de 20%
au sens des considérants;

condamne l'intimée à prendre en
charge les frais résultant des troubles sensitifs et des
douleurs cervicales;

rejette le recours pour le
surplus;

dit qu'il n'est pas perçu
d'émolument;

alloue à M. B. M. à charge de la
X. Assurances, une indemnité de procédure de CHF 1'500.-;

dit que, conformément aux articles
97 et suivants de la loi fédérale d'organisation
judiciaire, le présent arrêt peut être porté, par voie de
recours de droit administratif, dans les trente jours dès
sa notification, auprès du Tribunal fédéral des
assurances. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire de
recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal
fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne;

communique le présent arrêt à Me
Christian Grosjean, avocat du recourant, ainsi qu'à la X.
Assurances, à la C. Assurances et à l'Office fédéral des
assurances sociales.

Siégeants : M. Paychère, président, MM. Thélin et Schucani,
Mmes Bonnefemme-Hurni et Bovy, juges.

Au nom du Tribunal administratif :
la greffière-juriste adj. : le vice-président :

M. Tonossi

F. Paychère

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux
parties.

Genève, le

la greffière :

Mme N. Mega