REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1796/2005 **ATAS/152/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 16 février 2006

En la cause

Monsieur F_____, domicilié avenue Giuseppe Motta 25, 1202 GENEVE, représenté par Maître AMAUDRUZ Dominique	recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE	intimée

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,

Mesdames Juliana BALDE et Maya CRAMER, Juges.

EN FAIT

1. Monsieur F_____, de nationalité portugaise, est né le _____. Depuis 1991, il réside à Genève où il a travaillé pour diverses entreprises du bâtiment. Le 2 avril 2002, il a débuté une activité de maçon pour le compte de l'entreprise P_____ SA (pièces SUVA [S] 1 et assuré [A] 23).

2. Le 6 octobre 2003 à 16h20, en se rendant à son travail en voiture, l'assuré a été victime d'un accident sur l'autoroute. Un véhicule de livraison appartenant à une entreprise de sécurité qui le dépassait sur la voie de gauche à environ 120km/h s'est rabattu prématurément sur la voie de droite et a heurté l'arrière gauche de sa voiture. Sous l'effet du choc, le véhicule de l'assuré a fait plusieurs tours sur lui-même, puis a percuté le talus herbeux longeant la bande d'arrêt d'urgence avant de s'immobiliser sur le toit. L'assuré a pu s'extraire de l'habitacle par ses propres moyens (A 11).

3. Le même jour, l'assuré s'est rendu à l'hôpital de la Tour à Meyrin où le Dr P_____ a constaté des douleurs thoraciques, lombaires et à l'index gauche. Sur la base des constatations radiologiques, il a diagnostiqué une fracture du mur antérieur L4 et de la cinquième côte droite. Puis, il a ordonné le transfert du patient aux hôpitaux universitaires de Genève (ci après : HUG; S 4).

4. Aux urgences médico-chirurgicales des HUG, un Ctscan a été pratiqué. Le Dr M_____, spécialiste en médecine interne, a diagnostiqué une contusion lombaire dans le cadre d'une maladie de Scheuermann avec nodule de Schmorl en L2-L4. Il a prescrit un repos total, une mobilisation selon les douleurs, des antalgiques, une attente de sept jours avant de consulter le médecin-traitant pour une éventuelle prolongation de l'incapacité de travail et pour la prescription d'une physiothérapie de tonification de la ceinture pelvienne (S 1).

5. Le 13 octobre 2003, l'employeur a annoncé l'accident à la CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après : SUVA; S 1).

6. Le même jour, l'assuré a consulté le Dr G_____, généraliste. Dans son rapport du 5 novembre 2003, ce médecin a indiqué que le patient se plaignait de lombalgies, de douleurs costales et de cervicalgies. De plus, il a constaté des douleurs en L4 avec contracture musculaire, l'absence de déficit sensitivo-moteur, une bonne mobilité de la nuque. Il a posé un diagnostic de fracture du mur antérieur de L4 et a proposé une prise en charge globale par le Dr M_____ (S 2).

7. Le 27 novembre 2003, l'assuré a été examiné par le Dr M_____, spécialiste en médecine physique et rééducation, qui a constaté que la moindre mobilisation du rachis cervical était douloureuse et que le status neurologique était normal. Dans

son rapport du même jour, ce spécialiste a expliqué que, trois jours après l'accident, des douleurs cervicales étaient apparues avec sensation de fourmillements dans le bras gauche. Puis, il a précisé que, le 4 novembre 2003, l'assuré avait été victime d'un épisode de vertiges aigus avec chute qui avait nécessité un examen par le Dr Q_____, spécialiste ORL, examen qui n'avait pas pu donner une orientation diagnostique aux plaintes. Le Dr M_____ a ajouté que le patient se plaignait de douleurs continues avec réveils nocturnes fréquents. Craignant une chronicisation, il a préconisé un séjour à la clinique de "rééducation" à Sion (S 6).

8. Par décision du 27 novembre 2003, la SUVA a alloué à l'assuré des indemnités journalières de 134 fr. 80 à compter du 9 octobre 2003 (A 1).

9. Le 9 janvier 2004, l'assuré a été examiné par le Dr MT_____, chirurgien et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a constaté une marche sans boiterie, des douleurs à la palpation cervicale et discrètes au niveau lombo-sacré, une réduction de la mobilité de la colonne cervicale en rotation, inclinaison et flexion-extension. Dans son rapport du 10 janvier 2004, le Dr MT_____ a estimé que les lésions osseuses en L2 et L4 visibles sur les radiographies du 6 octobre 2003 étaient plutôt anciennes. Il a convenu avec le patient qu'en cas d'échec de la reprise du travail proposée par le Dr M_____ à 50% dès le 14 janvier 2004, il serait possible de l'envoyer à la clinique romande de réadaptation (ci après : CRR; S 8).

10. Le 20 janvier 2004, le Dr M_____ a informé la SUVA de l'échec de la reprise du travail. Celle-ci avait duré six jours et avait entraîné une recrudescence des douleurs cervicales après une heure de travail, obligeant l'assuré à s'asseoir pour récupérer (S 10).

11. Dans son rapport du 10 février 2004, le Dr M_____ a diagnostiqué une entorse cervicale et une contusion lombaire (S 11).

12. L'assuré a séjourné à la CRR du 3 février au 9 mars 2004. Durant le séjour, le 18 février 2004, de nouvelles radiographies du rachis cervical ont été effectuées qui n'ont montré aucune anomalie. De plus, le 9 février 2004, le patient a été examiné par le Dr F_____, médecin-chef du service de psychosomatique.

    Dans son rapport du 10 février 2004, ce spécialiste a indiqué que l'assuré mentionnait des troubles du sommeil, des sursauts, des troubles mnésiques, une irritabilité, des cauchemars à raison de deux fois par semaine, une anxiété en voyant des scènes d'accident à la télévision. Il a précisé que le patient n'avait plus conduit depuis l'accident. Lors de l'examen, il a constaté une humeur abaissée avec une diminution de l'estime de soi. Il a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F43.1) et un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive (F43.2). Il a expliqué que le diagnostic d'état de stress post-traumatique était à la limite inférieure du seuil diagnostique. Il a prescrit un somnifère et un suivi psychothérapeutique.

Puis, dans son rapport du 5 mars 2004, le Dr F_____ a fait état d'une certaine amélioration. Il a alors retenu une incapacité de travail pour motif psychiatrique de 100% pendant trois à quatre semaines, puis une capacité de travail exigible d'au moins 50%.

Dans leur rapport du 15 mars 2004, les Drs K_____, chef de clinique, et B_____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics de cervicalgies chroniques (M 54.2), arthrose cervicale et lombaire (M 47.8), troubles dystrophiques rachidiens de croissance lombaire (M 42.0), céphalées de tension (G 44.2), état de stress post-traumatique (F 43.1) et troubles de l'adaptation avec humeur dépressive (F 43.2). Lors de l'examen clinique, ils ont constaté des douleurs cervicales basses, des douleurs aux niveaux D4-D5 et L2-L3, des contractures diffuses de la musculature de la ceinture scapulaire et une petite scoliose. Ils ont relevé que les radiographies et le scanner lombaire du 6 octobre 2003 montraient une scoliose L3-L4 avec rotation gauche, une arthrose inter-somatique droite L2-L3, une ostéophytose droite L4-L5, des séquelles de dystrophie rachidienne de croissance en L2-L4 et d'une vertèbre limbique antérieure de L4 interprétée à tort comme une fracture du mur antérieur L4. Quant aux radiographies du 22 octobre 2003 et du 18 février 2004, ils ont indiqué qu'elles montraient un pincement C5-C6 avec ostéophytose postérieure en C5-C6 (S 12).

13. Par décision du 25 mars 2004, la SUVA a retenu une incapacité de travail de 50% dès le 5 avril 2004 et avisé l'assuré que les indemnités journalières lui seraient versées sur cette base (S 13).

14. Dans son rapport du 28 mai 2004, le Dr M_____ a indiqué que l'assuré avait travaillé à 50% pendant deux semaines, mais qu'en raison de douleurs insupportables, il était de nouveau en arrêt de travail total depuis le 16 avril 2004. Il a fait état de douleurs à la palpation de toute la musculature paravertébrale et des trapèzes supérieurs (S 17).

15. L'assuré a été réexaminé par le Dr MT_____ le 28 juin 2004. Dans son rapport du 29 juin 2004, ce médecin a mentionné que l'état n'était pas stabilisé et a rappelé que le patient présentait un tableau dystrophique survenu par la croissance ainsi qu'un état cervical d'arthrose. Il a considéré que l'accident avait déstabilisé un état antérieur dont l'effet délétère était toujours présent (S 20).

16. Le 2 juillet 2004, l'employeur a informé l'assuré que, selon ce que prévoyait la convention, son droit aux prestations d'assurances s'éteignait au 31 juillet 2004 et que, dès l'échéance de cette date, il ne faisait plus partie du personnel (S 22).

17. Le 21 juin 2004, le Dr R_____, neurochirurgien, a examiné le patient et n'a pas constaté de déficience neurologique. Il a posé un diagnostic de discarthrose C5-C6 (S 24).

18. L'assuré a été réexaminé par le Dr MT_____ le 14 octobre 2004 et a déclaré qu'il avait parfois des fourmis dans le bras gauche, qu'il ne dormait pas la nuit, qu'il était gêné aussi bien en position assise que debout. Dans son rapport du 15 octobre 2004, ce médecin a considéré qu'en raison de lésions dégénératives au rachis cervical et dorsal (recte : lombaire) préexistantes à l'accident, il fallait admettre que l'effet délétère était éteint un an après l'accident et qu'il était possible de prononcer le statu quo sine (S 26).

19. Le 1er novembre 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (A 23).

20. Par décision du 19 octobre 2004, la SUVA a mis un terme à ses prestations à partir du 1er novembre 2004 au motif que les troubles qui subsistaient alors n'étaient plus dus à l'accident, mais étaient exclusivement de nature maladive. Elle a considéré que le statu quo sine était atteint et que d'autres troubles à la santé n'étaient pas en rapport de causalité adéquate avec l'accident (S 27).

21. Le 12 novembre 2004, la caisse-maladie MUTUEL ASSURANCES a formé opposition provisoire et a demandé à la SUVA de lui transmettre le dossier médical complet de l'assuré (S 35).

22. Le 18 novembre 2004, ce dernier a formé opposition à son tour à la décision de la SUVA. Il a fait grief à celle-ci d'avoir tenu compte à tort d'un état maladif antérieur, de ne pas avoir pris en compte la gravité de l'accident et ses suites, enfin, d'avoir méconnu la notion de causalité (S 31).

23. Le 17 décembre 2004, MUTUEL ASSURANCES a retiré son opposition et accepté de prendre en charge les frais médicaux relatifs aux troubles de la colonne vertébrale (S 38).

24. Par décision sur opposition du 25 février 2005, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Elle a motivé sa position en considérant que l'assuré n'avait pas subi de "coup du lapin" dès lors que les cervicalgies étaient apparues quatre jours après l'accident. Elle a considéré que les troubles dégénératifs aux niveaux cervical et lombaire dont souffrait l'assuré étaient antérieurs à l'accident et avaient tout au plus été décompensés par ce dernier, mais qu'un an plus tard, l'accident ne jouait plus de rôle. Quant aux troubles psychiques, elle admettait un lien de causalité naturelle avec l'accident, mais estimait que ce dernier était de gravité moyenne et que les critères jurisprudentiels pour admettre un lien de causalité adéquate n'étaient pas remplis (S 41).

25. Par acte du 27 mai 2005, l'assuré a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif, principalement, à l'admission d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles actuels et l'accident, enfin, à l'octroi de prestations

d'assurance au-delà du 31 octobre 2004 et pour une durée indéterminée. A l'appui de ses conclusions, il invoque l'arbitraire de la décision en ce sens qu'elle heurte véritablement dans son résultat le bon sens et le sens de l'équité. Il reproche à l'intimée d'avoir considéré à tort que ses plaintes ainsi que son invalidité seraient en rapport avec un prétendu état maladif antérieur, d'avoir méconnu la gravité de l'accident et de ses suites, enfin, de ne pas avoir ordonné d'expertise pluridisciplinaire, ce qui constitue selon lui une violation de son droit d'être entendu. Il soutient enfin que l'intimée a procédé à une appréciation arbitraire des preuves, notamment en accordant - sans réellement le motiver - plus de poids au médecin d'arrondissement qu'à l'avis des deux neurochirurgiens réputés qui se sont prononcés.

26. Dans son écriture du 23 juin 2005 relative à la demande de restitution de l'effet suspensif, l'intimée a fait valoir que sa décision sur opposition du 25 février 2005 avait pour objet de mettre un terme aux prestations allouées au recourant et qu'il s'agissait d'une décision négative qui, par sa nature, n'a pas d'effet suspensif, si bien que la conclusion du recourant équivalait à une demande de mesures provisionnelles positives. A cet égard, le versement de prestations en espèces par l'assurance-maladie collective du bâtiment et la prise en charge des frais médicaux par la caisse-maladie démontraient que le recourant n'était pas dépourvu de ressources. Elle a conclu au rejet des conclusions du recourant à ce sujet.

27. Par arrêt incident du 18 août 2005, le Tribunal de céans a confirmé qu'une requête visant à la poursuite du paiement des indemnités journalières était en réalité une requête en mesures provisionnelles tendant au paiement de prestations pécuniaires. Il a procédé à une pesée des intérêts en présence et considéré que les chances de succès du recourant ne paraissaient pas d'emblée certaines puisqu'il requérait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Jugeant que l'intérêt de l'assurance était prépondérant car il fallait craindre, en cas de rejet du recours, que la procédure en restitution de prestations versées à tort ne se révélât infructueuse, il a rejeté la requête de mesures provisionnelles. Cette décision incidente est entrée en force.

28. Dans sa réponse sur le fond du 14 novembre 2005, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Elle a relevé que le recourant n'avait produit aucun document médical établissant l'existence de lésions traumatiques. Elle a maintenu que l'assuré n'avait pas été victime d'un "coup du lapin" ou d'un traumatisme analogue et que ses troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

29. Le 16 novembre 2005, le Tribunal de céans a communiqué cette écriture au recourant et gardé l'affaire à juger.

EN DROIT

1. La recevabilité du recours ainsi que la compétence du Tribunal de céans ont déjà été admises par arrêt incident du 18 août 2005 en la présente cause.

2. Le litige porte sur le point de savoir s'il existe un lien de causalité entre les douleurs cervicales et dorsales dont souffre le recourant et l'accident assuré.

   a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

   b) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas consid. 5d bb

et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39).

c) Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4; DEBRUNNER / RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; MEYER-BLASER, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident.

3. a) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin » (Schleudertrauma, whiplash-injury), sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent être de manière crédible attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b).

b) Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral. En effet, lorsque l'existence d'un tel traumatisme de type « coup du lapin » est établie, il faut, si l'accident est de gravité moyenne, examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 366 ss consid. 6a et 382 ss consid. 4b, sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a, dernier paragraphe; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss consid. 3b). En revanche, dans les autres cas, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité doit se faire, pour un accident de gravité moyenne, sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et

409 consid. 5c/aa. Si les lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont toutefois reléguées au second plan par rapport aux problèmes d'ordre psychique, ce sont les critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa, et non pas ceux énumérés aux ATF 117 V 366 ss consid. 6a et 382 ss consid. 4b, qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 99 consid. 2a; RAMA 1995 p. 115 ch. 6).

c) En présence d'une atteinte à la santé psychique non consécutive à de tels traumatismes, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. 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 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. 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. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

4. a) En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient

pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). Les parties sont donc en principe - sous réserve du devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire - dispensées de l'obligation de prouver (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Pour autant, elles ne sont pas libérées du fardeau de la preuve, en ce sens qu'en cas d'absence de preuve, la décision sera défavorable à la partie qui voulait déduire un droit de l'état de fait non prouvé (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références; RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la SUVA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss. consid. 3b/ee). Par ailleurs, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre

parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

5. En l'espèce, immédiatement après l'accident du 6 octobre 2003, le recourant s'est rendu à l'hôpital de la Tour en raison de douleurs thoraciques, lombaires et à l'index gauche. Le même jour, il a été transféré aux urgences des HUG où le Dr MOMJIAN a diagnostiqué une contusion lombaire dans le cadre d'une maladie de Scheuermann avec nodule de Schmorl en L2-L4 et lui a conseillé d'attendre sept jours avant de se rendre chez le médecin-traitant. Puis, le 13 octobre 2003, le recourant a consulté le Dr G_____ en raison de lombalgies, de douleurs costales et de cervicalgies. Le médecin-traitant a mentionné des douleurs en L4 avec contracture musculaire, une absence de déficit sensitivo-moteur, une bonne mobilité de la nuque et a transféré le patient au Dr M_____. Ce n'est que le 27 novembre 2003 que l'assuré s'est rendu chez le Dr M_____ qui a fait état d'une mobilisation douloureuse du rachis cervical et d'un status neurologique normal. Dans ses rapports des 27 novembre 2003 et 10 février 2004, le Dr M_____ a posé un diagnostic de "coup du lapin" et d'entorse cervicale, confirmé par le Dr R_____ dans son rapport du 9 août 2004. Il a également précisé que des douleurs cervicales étaient apparues trois jours après l'accident, avec sensation de fourmillements dans le bras gauche et que, le 4 novembre 2003, l'assuré avait ressenti des vertiges aigus avec chute, enfin, que le patient se plaignait de douleurs continues avec réveils nocturnes fréquents. Puis, lors du séjour du recourant à la CRR du 3 février au 9 mars 2004, deux consiliums psychiatriques ont eu lieu. Ils ont permis d'apprendre que le patient souffrait de troubles du sommeil, de troubles mnésiques, d'irritabilité, d'anxiété, d'une humeur abaissée avec une diminution de l'estime de soi. A la fin de ce séjour, les Drs K_____ et B_____ ont posé les diagnostics de cervicalgies chroniques (M 54.2), arthrose cervicale et lombaire (M 47.8), troubles dystrophiques rachidiens de croissance lombaire (M 42.0), céphalées de tension (G 44.2), état de stress post-traumatique (F 43.1) et troubles de l'adaptation avec humeur dépressive (F 43.2).

   Il ressort de ces divers documents médicaux que le recourant souffre d'un traumatisme cervical de type "coup du lapin", d'un état de stress post-traumatique ainsi que de lésions dégénératives cervicales et lombaires.

6. L'intimée conteste l'existence d'un lien de causalité naturelle entre "le coup du lapin" et l'accident. A cet égard, elle invoque le délai dans lequel les cervicalgies doivent se manifester pour qu'un tel lien puisse être admis et estime que ce délai n'est pas respecté dans le cas du recourant.

   Il découle des rapports des Drs M_____ et R_____ que le recourant présente des cervicalgies et une mobilité limitée de la nuque. De plus, selon les rapports du Dr F_____, l'assuré souffre de céphalées, d'un trouble dépressif avec irritabilité, anxiété et insomnies, de vertiges, de troubles mnésiques qui ont été

constatés médicalement dans les semaines suivant l'accident, plus particulièrement lors des deux seuls examens psychiatriques qui ont été proposés au recourant, soit durant son séjour à la CRR, à fin février et début mars 2004. En conséquence, il faut admettre que le cumul de plaintes admises par la jurisprudence pour retenir l'existence d'un tableau clinique typique des suites d'un traumatisme du rachis cervical par accident de type "coup du lapin" est réalisé dans le cas du recourant pour autant que ses plaintes puissent être attribuées à une atteinte à la santé. L'intimée n'a pas examiné formellement cette question, mais, dans sa décision sur opposition du 25 février 2005, elle ne conteste pas l'existence d'un tableau clinique typique d'un "coup du lapin" de sorte qu'implicitement elle admet que les plaintes du recourant peuvent être attribuées à une atteinte à la santé.

Selon la jurisprudence, un traumatisme de type "coup du lapin" doit, en principe, être nié lorsqu'il existe un temps de latence trop long entre l'accident et l'apparition des douleurs cervicales (RAMA 2000 n° U 539 p. 29 consid. 5e-g). Dans cet arrêt qui concernait un assuré victime d'un accident de ski et qui s'était plaint de douleurs à la nuque seulement deux semaines après l'accident, le Tribunal fédéral des assurances s'est appuyé sur des arrêts rendus antérieurement (notamment les arrêts K. du 7 décembre 1992, U 88/90, et L. du 20 octobre 1993, U 87/92) ainsi que sur la doctrine médicale d'après laquelle les cervicalgies doivent nécessairement se manifester dans le délai de 72 heures après l'événement accidentel pour qu'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle avec ce dernier.

En l'espèce, l'accident s'est produit le 6 octobre 2003 à 16h20 et, selon le rapport du 27 novembre 2003 Dr M_____ du 13 novembre 2003, l'assuré s'est plaint de douleurs cervicales trois jours après l'accident, soit le 9 octobre 2003 et non pas quatre jours après l'accident comme l'a mentionné la SUVA. Sans plus de précision à ce sujet et sans que l'intimée ait instruit cette question de façon à établir le contraire, il faut admettre que les cervicalgies se sont bien manifestées dans les 72 heures après l'accident. En conséquence, c'est à tort que la SUVA a nié, dans sa décision sur opposition du 25 février 2005, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre le "coup du lapin" et l'accident du 6 octobre 2003.

7. A titre préalable, pour examiner le rapport de causalité adéquate, il y a lieu de déterminer si l'accident subi par le recourant doit être classé parmi les accidents insignifiants ou de peu de gravité, de gravité moyenne ou encore graves. A ce sujet, l'intimée est d'avis que l'accident du 6 octobre 2003 doit être classé parmi les accidents de gravité moyenne, alors que le recourant considère qu'il s'agit d'un accident grave.

   Ont été considérés comme des accidents moyens, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture (ATFA D. du 30 décembre 1998) et une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un

arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (ATFA Z. du 7 juin 1999, U 88/98). Étant donné qu'il y a lieu de faire abstraction de la manière dont l'assuré a ressenti le choc traumatique, force est de constater que le déroulement de l'accident du 6 octobre 2003 et l'intensité des atteintes qu'il a générées ne sont pas tels qu'il faille admettre l'existence d'un accident grave (pour comp. voir RAMA 1998 n° U 306 p. 442 consid. 3a). En effet, quand bien même le choc entre les véhicules impliqués s'est produit à une vitesse d'environ 120 km/h, il est néanmoins établi que le recourant n'a pas perdu connaissance, qu'il a pu sortir de son véhicule sans aide et prendre part au constat de police avec l'autre conducteur et son passager; enfin, il n'a pas été hospitalisé. On ne saurait donc ranger l'événement assuré parmi les cas d'accidents graves mais bien dans la catégorie des accidents de gravité moyenne (cf. ATFA du 2 avril 2003, U 58/02, consid. 5.3).

Au surplus, faute des renseignements médicaux nécessaires, le Tribunal de céans ne peut pas analyser la question du lien de causalité adéquate entre l'accident et le tableau clinique typique du "coup du lapin", étant donné qu'il n'existe au dossier aucun rapport psychiatrique récent permettant d'établir si le tableau clinique typique du "coup du lapin" est relégué au second plan par rapport aux problèmes d'ordre psychique et si les troubles psychiques, notamment l'état de stress post-traumatique, existent toujours.

8. Dans son recours, l'assuré se plaint de nucalgies persistantes irradiant vers le front, le dos ainsi que les membres supérieurs et d'une mobilité limitée de la nuque. Il précise que ces douleurs entraînent notamment des insomnies et l'empêchent de conserver longtemps une position assise ou debout, de porter des charges et de marcher sur une certaine distance. Il soutient que ces douleurs sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 6 octobre 2003, alors que l'intimée considère que lesdites douleurs ne sont plus en relation de causalité avec ledit accident, mais avec les troubles dégénératifs cervicaux et lombaires préexistant à l'accident, le "statu quo sine" ayant été atteint après une année de prise en charge.

   Il ressort du dossier que, dans un premier temps, le médecin de l'hôpital de la Tour puis le médecin-traitant ont interprété les premiers documents radiologiques comme mettant en évidence une fracture du mur antérieur L4 et de la cinquième côte droite. Puis, le 10 janvier 2004 déjà, le Dr MT_____ a mentionné que l'image radiologique de la partie antéro-supérieure de la 4ème vertèbre lombaire et la déformation de la 2ème lombaire correspondaient à des signes plutôt anciens. Lors du séjour du recourant à la CRR du 3 février au 9 mars 2004, les médecins ont réexaminé ces clichés et ont estimé que la relecture des examens radiologiques lombaires permettait d'écarter catégoriquement une fracture de L4 et de retenir une vertèbre limbique, à savoir une ancienne hernie intra-spongieuse rétro-marginale antérieure séquellaire à une dystrophie rachidienne de croissance. Une fois ce nouveau diagnostic posé, aucun médecin ne l'a contesté. En conséquence, contrairement à ce que soutient le recourant, il n'existe aucune contradiction entre

les divers rapports médicaux, mais seulement une interprétation différente des clichés radiologiques qui a été motivée de façon convaincante par les médecins de la CRR.

Dans ses rapports des 29 juin 2004 et 14 octobre 2004, le Dr MT_____ a expliqué que l'accident n'avait pas provoqué de fracture lombaire, contrairement à ce qui avait été retenu dans un premier temps, mais avait déstabilisé des lésions dégénératives préexistantes, à savoir en L4 un tableau dystrophique survenu par la croissance et un état cervical d'arthrose. Dans son rapport du 14 octobre 2004, il estimait que l'effet délétère de l'accident était toujours présent, puis, dans celui du 29 juin 2004, il a considéré qu'en l'absence de fracture vertébrale et en présence de troubles dégénératifs au niveau du rachis cervical et dorsal (recte : lombaire) préexistant à l'accident, il n'existait plus d'effet délétère au-delà d'une année après l'accident et qu'il était possible de prononcer le "statu quo sine". De plus, la caisse-maladie du recourant qui, dans un premier temps, avait formé opposition contre la décision du 19 octobre 2004 mettant un terme aux prestations de la SUVA dès le 1er novembre 2004, a retiré son opposition après avoir pu consulter le dossier radiologique du recourant et a accepté de verser des prestations pour les troubles de la colonne vertébrale. Ce faisant, la caisse-maladie n'a pas contesté les diagnostics posés par les médecins de la CRR et a admis qu'il s'agissait de troubles dégénératifs qui n'étaient plus en rapport avec l'accident.

Il ressort du dossier que l'intimée s'est bornée à résoudre la question de l'atteinte du "statu quo sine " sans examiner si les douleurs actuelles et l'incapacité de travail en résultant sont exclusivement dues aux affections dégénératives cervicales et lombaires ou si elles font parties du tableau clinique typique d'un "coup du lapin" ou encore si elles sont dues à des troubles psychiques. Or, selon la jurisprudence (supra consid. 2c), le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations ne prend fin que lorsque le dommage résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Étant donné qu'en l'espèce, il n'existe aucun renseignement médical complet et pertinent quant à la cause des troubles actuels du recourant, l'intimée ne disposait pas d'éléments médicaux suffisants pour mettre un terme à ses prestations au 1er novembre 2004 et, partant, fixer l'atteinte du "statu quo sine", même s'il est bien vrai qu'une vertébralgie chronique se développant après un traumatisme qui n'a provoqué aucune lésion structurelle au niveau du squelette axial ne doit pas être attribuée à une cicatrisation tissulaire insuffisante, mais bien plutôt au fait que la douleur est entretenue par d'autres facteurs, la plupart du temps sous forme de constellation psychosociale défavorable.

De nouvelles connaissances viennent renforcer la théorie, développée par plusieurs spécialistes de la colonne vertébrale, selon laquelle l'état organique du rachis après des lésions telles que contusions, foulures ou entorses est rétabli, en règle générale, six mois, voire un an au plus tard après l'événement traumatique (Erich BAER et Bertrand KIENER, Traumatismes vertébraux, Informations médicales de la CNA

n° 67, décembre 1994, p. 45 et ss, sp. 46 cités partiellement dans l'ATFA du 7 juillet 2004, U 179/03 consid. 4.4.2).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

Étant donné que l'intimée n'a procédé à aucun acte d'instruction tendant à déterminer si les douleurs actuelles et l'incapacité de travail en résultant sont exclusivement dues aux affections dégénératives cervicales et lombaires ou si elles font parties du tableau clinique typique d'un "coup du lapin" ou encore si elles sont dues à des troubles psychiques, elle a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais, de plus, elle a failli à son devoir d'instruction d'office conformément à la maxime d'office de l'art. 43 al. 1 LPGA, en vertu de laquelle l'assureur prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. consid. 5a).

En conséquence, le dossier est renvoyé à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise externe pluridisciplinaire (orthopédiste et psychiatre) pour déterminer si, au degré de la vraisemblance prépondérante, les rachialgies et l'incapacité de travail en découlant font partie du tableau clinique typique d'un "coup du lapin", si elles sont dues à des troubles psychiques ayant passé au premier plan ou si elles sont exclusivement dues aux affections dégénératives cervicales et lombaires, puis qu'elle rende une nouvelle décision.

En définitive, le Tribunal de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour trancher la question du lien de causalité entre l'accident du 6 octobre 2003 et les douleurs dont souffre le recourant, respectivement son incapacité de travail.

9. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et le dossier renvoyé à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise externe pluridisciplinaire auprès d'un orthopédiste et d'un psychiatre au sens des considérants. Le recourant

obtenant gain de cause, une indemnité de 2’000 fr. lui sera accordée à titre de dépens.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant (conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule les décisions de la SUVA des 19 octobre 2004 et 25 février 2005.

4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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