

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2074/2004

ATAS/698/2005

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 30 août 2005

En la cause

Monsieur C _____, représenté par Maître HOROWITZ-
CHALLANDE Sylvie

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE, représentée
par Maître RIVARA Jacopo

intimée

**Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente, Mmes Doris WANGELER et Karine
STECK, Juges**

EN FAIT

1. Monsieur C _____ (ci-après le recourant), ressortissant espagnol né en 1961, a travaillé comme manœuvre du bâtiment auprès de l'entreprise X _____ SA de 1988 à mars 1999. Dès le mois de janvier 1999, il a été en totale incapacité de travail en raison de problèmes dorsaux.
2. En mai 1999, il a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité, qui a donné lieu, entre autre, à un rapport du centre d'observation professionnel de l'AI (ci-après COPAI). Il a pu retrouver une activité à plein temps auprès de la société Y _____ SA dès janvier 2002. Après avoir effectué la comparaison des revenus servant à déterminer le taux de l'invalidité, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) a refusé toute prestation au recourant par décision de janvier 2002. Sur recours, cette décision a été confirmée par arrêt du Tribunal de céans du 28 octobre 2003 (ATAS/179/2003).
3. Le 7 janvier 2003, lors d'une chute, le recourant a subi une contusion-distorsion de l'épaule droite alors qu'il effectuait son travail de commissionnaire-manutentionnaire.
4. En date du 18 novembre 2003, il a été l'objet d'un accident de la circulation, lors duquel son véhicule a été percuté par l'arrière. Il a subi une distorsion de la colonne cervicale, sans lésion osseuse.
5. Ces deux accidents ont donné lieu au versement d'indemnités journalières par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après SUVA).
6. Dans un rapport du 26 janvier 2004, le Dr L _____, spécialisé dans les maladies rhumatismales, fait état comme antécédents de lombosciatalgies gauches en 1999, imputées à une hernie discale L4-L5. Lors de l'accident de circulation du mois de novembre 2003, l'assuré a subi un choc arrière latéral gauche, sans impact de la tête. Il a ressenti des douleurs cervicales sans irradiation. Le patient se plaint surtout de douleurs cervicales et lombaires, typiquement mécaniques, sans irradiation ni perte de force ou de sensibilité. Il n'y a pas à proprement parler de douleur nocturne à part quelques crampes. Le recourant présente en conclusion des cervicalgies avec douleur de l'épaule droite et lombalgies entrant dans le cadre de troubles dégénératifs modérés, secondaires à une chute sur l'épaule droite et à un accident de la circulation en 2003. Il relève un conflit de travail ainsi que des problèmes financiers. Il s'agit donc d'un problème complexe de cervico-lombalgies d'origine mécanique sans élément pathologique majeur, dont la symptomatologie algo-fonctionnelle est exacerbée par des éléments psychosociaux. Le pronostic est sombre au vu de ses antécédents et de la situation sociale.

7. Dans un rapport médical à l'attention de la SUVA, le Dr M_____, médecin traitant du recourant, a diagnostiqué en date du 22 février 2004 un "probable wisplash syndrome". Il relève que le patient est très algique à la nuque, au dos, à la région lombaire, dort mal à cause des douleurs, souffre de maux de tête et de vertiges, est irritable-nerveux, "(...) ras-le-bol". Dans un rapport du 19 avril 2004, ce praticien confirme le diagnostic de wisplash syndrome. Il n'y a aucune amélioration ni évolution.
8. La SUVA a transmis le dossier à son médecin-conseil, le Dr N_____, qui a procédé à un examen médical final en date du 22 avril 2004. Après avoir repris et résumé l'essentiel du dossier et des rapports produits, il relève dans les antécédents personnels un accident qui aurait eu lieu en 1991 avec un problème cervical ainsi qu'une hernie discale lombaire en 1999. Après l'examen du recourant et l'analyse des radiographies effectuées, le Dr N_____ conclut dans son appréciation médicale qu'en ce qui concerne l'accident de janvier 2003, il n'y a pas de pathologie importante constatée qui puisse être mise en rapport avec cet accident, et que la symptomatologie est compatible avec une capacité de travail complète dans les activités décrites dans le cadre de l'AI. S'agissant de l'accident de novembre 2003, le Dr N_____ indique qu'il "ne s'agit pas actuellement d'une symptomatologie après coup du lapin. La symptomatologie décrite au niveau de la colonne cervicale et des deux épaules existait déjà avant les deux accidents. En ce qui concerne les troubles présents au niveau de la colonne lombaire, ceux-ci sont préexistants aux accidents et n'ont manifestement pas été aggravés d'une manière significative par ceux-ci. Des lésions supplémentaires au niveau lombaire n'ont pas été découvertes." Concernant l'accident de 1991, une lésion significative de la colonne cervicale lors de cet accident est peu vraisemblable, car il y a eu reprise de travail complète après celui-ci, et les instigations actuelles au niveau cervical ne montrent pas de trace d'une ancienne lésion squelettique. Six mois après l'accident de novembre 2003, l'action délétère de celui-ci peut être considérée comme terminée.
9. Sur cette base, la SUVA a mis fin aux prestations par décision du 25 mai 2004 au 31 mai 2004, en l'absence de tout lien de causalité.
10. Suite à l'opposition du recourant faite le 25 juin 2004, la SUVA a confirmé sa décision en date du 6 juillet 2004. Elle reprend son argumentation.
11. Dans son recours du 7 octobre 2004, le recourant conclut à l'annulation de cette décision et à ce qu'il soit ordonné à la SUVA de payer les prestations journalières qui lui sont dues, sous déduction des subsides alloués par l'Hospice général. En substance, il considère que le Dr N_____ a ignoré les avis des Dr M_____ et L_____ qui affirmaient l'existence d'un lien avec l'accident de novembre 2003. S'agissant du syndrome du coup du lapin, il résume la doctrine médicale y relative et rappelle qu'un tel syndrome n'est pas visible sur les

radiographies. Un examen neuropsychologique, un examen psychiatrique et une évaluation biomécanique sont nécessaires pour se déterminer en toute connaissance de cause. Il ne faut pas se fixer sur l'évolution normale qu'il aurait dû en principe suivre, mais sur l'évolution concrète de sa situation. En l'espèce, le lien de causalité naturelle est évident. S'agissant du lien de causalité adéquat, il doit être admis en l'espèce, car l'accident est la cause essentielle de l'ensemble des douleurs ressenties. Il sollicite des mesures probatoires.

12. Dans sa réponse du 8 décembre 2004, la SUVA conclut au rejet du recours. Le rapport médical du Dr N_____ n'est contredit par aucun rapport médical probant. Elle relève que dans son rapport établi le lendemain de l'accident, le Dr M_____ fait les constatations suivantes: douleurs cervicales et lourdeurs, douleurs cervicales irradiantes au MSG, douleurs cervicales irradiantes à la colonne dorsale et lombaire avec craquements lombaires, douleurs lombaires irradiantes au MIG, état nauséux, vertiges, maux de tête, rectitude du rachis cervical, discrète discopathie C4-C5, C5-C6. En juin 2004, il constatait au surplus des douleurs insupportables à la nuque, des maux de tête et des vertiges. Le Dr L_____, dans son rapport de janvier 2004, a retenu que le patient se plaignait surtout de douleurs cervicales et lombaires. Enfin, le Dr N_____ a écarté la symptomatologie coup du lapin au motif que le recourant ne présentait pas le tableau clinique typique des suites d'un tel traumatisme du rachis cervical. Par ailleurs, les cervicalgies, lombalgies et maux de tête étaient déjà présents avant l'accident, comme cela ressort du certificat médical des HUG de novembre 2001. Tel était également le cas des vertiges, déjà constatés en 2001 également. La causalité naturelle doit donc être niée, à tout le moins la causalité adéquate puisque l'on a affaire à un accident de gravité moyenne et que les critères énumérés par le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) ne sont pas remplies ici.
13. Par ordonnance du 13 décembre 2004, le Tribunal a ordonné la comparution personnelle des parties, qui s'est tenue en date du 4 janvier 2005. A l'issue de cette audience, il a été décidé d'ordonner la production du dossier AI, et de procéder à une instruction écrite auprès du Dr N_____.
14. Par pli du 10 janvier 2005, le Tribunal a sollicité la production du dossier AI de l'OCAI, et a interrogé le Dr N_____ sur son rapport médical final du 22 avril 2004. Il lui était demandé ce qui l'avait amené à la conclusion qu'il ne s'agissait pas actuellement d'une symptomatologie après coup du lapin, en indiquant quels sont les symptômes après coup du lapin et par conséquent, quels sont les symptômes absents en l'espèce.
15. Le dossier AI a été mis à disposition pour consultation des parties, selon courrier du greffe du 3 février 2005.

Ce dossier contient les éléments médicaux suivants: des courriers et rapports médicaux du Dr VALDEZ, spécialiste SMH en médecine interne, qui fait état d'une affection rhumatologique remontant à 1990, exacerbée depuis 1999 (cf. rapport du 7 juin 1999), de lombosciatalgies droites récurrentes (rapport du 27 août 2001), et d'apparition de cervico-brachialgies droites rebelles au traitement (courrier du 24 septembre 2001); un rapport du Dr O _____, rhumatologue, du 26 septembre 2001 qui constate la présence d'un syndrome douloureux chronique; un rapport médical des HUG du 1^{er} novembre 2001 portant les diagnostics de syndromes douloureux chroniques, dysthymie, suspicion de canal carpien droit, status post-cure de hernie hiatale.

16. Par pli du 28 février 2005, le Dr N _____ a répondu comme suit : "Le syndrome classique après coup du lapin est une entité symptomatologique qui intègre des maux de tête diffus, des vertiges, des troubles de la concentration, des troubles de la mémoire, une fatigabilité, des troubles de la vision, une irritabilité, une labilité émotionnelle, une dépression et des modifications de caractère en plus de douleurs cervicales. Cette entité a été définie par les tribunaux. A la suite de l'accident du 18 novembre 2003, M. C _____ s'est essentiellement plaint de douleurs situées sur l'axe vertébral, de la nuque jusqu'aux vertèbres lombaires. Seul l'un des éléments constitutifs de la symptomatologie est donc présent dans ce cas. D'autre part l'instruction du dossier a montré que la symptomatologie en question existait à l'identique avant l'accident."
17. Par ordonnance du 14 mars 2005, le Tribunal a ordonné l'audition du Dr M _____ en qualité de témoin, audience qui s'est tenue le 19 avril 2005. A cette occasion, celui-ci a notamment déclaré ce qui suit :

" Je suis le médecin-traitant de Monsieur C _____. Je le suivais déjà avant 1993. Il y a eu une interruption entre 1997 et décembre 2001, période à laquelle Monsieur C _____ a repris contact avec moi. A cette époque il avait déposé une demande AI.

A cette première consultation Monsieur C _____ souffrait d'un problème récurrent de gorge. Je l'ai revu ensuite en février 2002. Petit à petit il m'a exposé ses difficultés. Il souffrait de problèmes de dos.

J'ai eu connaissance du traumatisme cranio-cérébral qu'il a eu en 1991. Pour ma part, je n'ai pas d'éléments à ce sujet dans mes documents de 1993 à 1997.

Vous mentionnez mon rapport du 2 mai 2004 à l'attention de la SUVA dans lequel j'ai diagnostiqué un syndrome du coup du lapin. Je précise que dans mon précédent rapport, j'avais parlé de probable syndrome. En mai ce diagnostic pouvait être confirmé. C'est le cas en présence de plusieurs éléments, en l'occurrence un accident suite à une accélération/décélération, des douleurs nucales irradiantes, la présence de maux de tête, vertiges et irritabilité. Vu ces éléments, ce diagnostic

s'impose à la lecture de la doctrine médicale. Dans mon suivi, je n'avais pas constaté ces troubles avant l'accident, à l'exception des douleurs nucales. Il souffrait en effet de douleurs principalement lombaires mais parfois également cervicales. J'ignore si l'origine en était accidentelle ou dégénérative. Il me semble qu'actuellement Monsieur C _____ a un état dépressif. Je n'ai rien constaté de tel immédiatement après l'accident, à savoir dans les 2 semaines à 2 mois après. Je pense que cet état s'est manifesté petit à petit.(...)

J'explique que même si les maux de tête, les vertiges et les douleurs nucales préexistaient à l'accident, je maintiendrais le diagnostic du coup du lapin qui n'en serait que renforcé. Ces éléments seraient en effet des facteurs aggravants. Je conteste par ailleurs les propos du Dr N _____ selon lesquels, Monsieur C _____ ne se serait plaint que de douleurs situées sur l'axe vertébral, de la nuque aux lombaires. (...)"

18. Par écriture après enquête du 16 juin 2005, le recourant a confirmé ses conclusions ainsi que son argumentation.
19. Après transmission de ces écritures et documents aux parties par pli du 22 juin 2005, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière

du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGa s'applique donc au cas d'espèce.

4. En dérogation à l'article 60 LPGa qui prévoit un délai de recours de 30 jours dès la notification de la décision sur opposition, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance-accidents, en application de l'article 106 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (ci-après LAA). Interjeté dans les forme et délai utiles, le recours est recevable.
5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à supprimer au 31 mai 2004 le droit du recourant à des prestations d'assurance.
6. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

On peut rappeler également que selon la jurisprudence tirée de l'article 36 LAA, 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 repose exclusivement sur des 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 (RAMA 1992 p. 75 consid. 4b; ATFA non publiés H. du 12 août 1996, U 19/96 et G. du 13 juillet 1990, U 25/90; A. MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle, 1996, p. 469, n° 3 et 4; Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; U. MEYER, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093; ATFA D.P. du 21 janvier 1999).

b) En matière de lésions au rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 ss consid. 2, 117 V 360 sv. consid. 4b).

c) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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).

Dès lors, si l'accident est de gravité moyenne, il faut examiner ensuite le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 366 sv. consid. 6a et 382 sv. consid. 4b. Ces critères sont les suivants: les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail.

A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type «coup du lapin », il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; RAMA 1999 U 341 p. 408 sv. consid. 3b).

d) S'agissant de l'appréciation des preuves, si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il a procédé d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus

modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450 ; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2^e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320 ; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2^e éd., p. 274 ; cf. aussi ATF 122 II 469, et 122 V 162).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Il importe, pour conférer une valeur probante au rapport médical, que tous 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 122 V 160 consid. 1c et réf.; RJJ 1995 p. 44).

Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se refuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Pour cette raison, dans l'appréciation des rapports émanant des médecins traitants le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

7. En l'espèce, bien que l'on soit en présence de certains éléments du tableau clinique typique, le défaut de gravité de l'atteinte subie ne permet pas d'admettre l'existence, au degré de la vraisemblance prépondérante - généralement appliqué dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références) -, d'une atteinte analogue à une lésion cervicale de type «coup du lapin». Les affections du recourant ne correspondent que très partiellement au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin» constitué par le cumul de plaintes, tels 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. En

effet, seuls des maux de tête et des vertiges sont apparus, en plus de douleurs physiques, ce qui est très insuffisant à la lumière de la jurisprudence fédérale applicable en matière de traumatisme de type «coup du lapin» (voir par exemple l'ATFA U 430/04 du 14 avril 2005).

Or, seul le Dr M_____, médecin traitant, a diagnostiqué un tel syndrome. Contrairement à ce que celui-ci a indiqué lors de son audition, les éléments existant chez son patient ne suffisaient pas à poser avec certitude un tel diagnostic, au vu de la jurisprudence susmentionnée, ce que le Dr N_____ a confirmé et expliqué au Tribunal. En tous les cas, l'analyse faite par celui-là n'emporte pas la conviction du Tribunal, qui s'écartera pour cette raison de ses conclusions. En revanche, le rapport, complété, du Dr N_____ remplit les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

S'agissant des douleurs cervicales et lombaires, force est de constater qu'elles préexistaient clairement à l'accident en cause, tant les unes que les autres, et ont fondé d'ailleurs en grande partie la demande de prestations AI et le reclassement du recourant. Il est faux de dire que le Dr L_____ aurait attesté de leur lien de causalité avec l'accident : il parle au contraire de troubles dégénératifs, certes secondaires à l'accident mais non dus à celui-ci. Du dossier AI, il ressort par ailleurs que ces troubles avaient été diagnostiqués en 1999 déjà, et remontaient, pour l'affection rhumatologique, à 1990. En 2001, un syndrome douloureux chronique avait été mis en évidence. Là encore, seul le Dr M_____ parle de causalité évidente avec l'accident : mais son analyse part de l'hypothèse qu'un syndrome du « coup du lapin » peut être retenu, et ne porte pas sur les douleurs cervicales et lombaires à proprement parler, dont il a eu peu à connaître (cf. PV de son audition). L'analyse du Dr N_____ doit donc être suivie pour les mêmes raisons que précédemment.

Enfin, il est peu discuté de l'élément psychique, bien que le recourant se plaigne d'état dépressif. Cependant, à ce sujet le Dr M_____ a indiqué qu'il lui semblait qu'un tel état existait actuellement, mais qu'il n'avait rien constaté de tel immédiatement après l'accident, c'est-à-dire dans les 2 semaines à 2 mois consécutifs. Par ailleurs, en novembre 2001 les HUG avaient déjà diagnostiqué une dysthymie, soit un ensemble de perturbations de l'humeur (dépression, excitation, anxiété) (cf. GARNIER, DELAMARE, Dictionnaires des termes de médecine, 27^{ème} éd.).

En conclusion, une relation de causalité naturelle entre les troubles du recourant et l'accident de novembre 2003 ne peut être retenue. Non seulement, le tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin» n'est que très partiellement rempli ; mais encore les troubles préexistaient à l'accident, et aucun rapport médical n'établit au degré de vraisemblance requis (cf. ATF 121 V 208 consid. 6b et 119 V 338 consid. 1) qu'ils auraient été aggravés par celui-ci.

Dès lors, il n'est pas nécessaire d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité. On peut cependant dire, s'agissant d'un accident de gravité moyenne, que la plupart des critères ne sont pas remplis. En particulier il n'y a pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou de caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ni de gravité ou de nature particulière des lésions physiques, et il n'y a pas d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; ni de difficultés apparues au cours de la guérison ou de complications importantes; seuls la durée du traitement médical, les douleurs persistantes et le degré et la durée de l'incapacité de travail sont donc présents, éléments que l'on trouve fréquemment dans les cas de syndrome douloureux persistant. En outre, il faudrait tenir compte des facteurs extérieurs tels que les difficultés socioprofessionnelles également mises au jour.

8. Vu ce qui précède, le recours sera rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

Le greffier

La Présidente :

Pierre RIES

Isabelle DUBOIS

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