RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2414/2006 **ATAS/351/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 21 mars 2007

En la cause

Monsieur B_____, représenté par ASSISTA TCAS	recourant
contre	
HELSANA ASSURANCES SA, 12 chemin de la Colline, 1001 Lausanne	intimée

Siégeant : Stéphane GRODECKI, juge suppléant; Doris WANGELER et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 11 septembre 1978, est employé auprès de X_____ SA. A cet égard, il est assuré au titre de l'assurance-accidents obligatoire auprès d'HELSANA ASSURANCES SA (ci-après: HELSANA ou l'intimée).

2. Le 29 septembre 2005, son employeur a rempli une déclaration-bagatelle LAA. Il est indiqué que l'assuré a chuté durant l'entraînement de football et qu'il s'est fait mal à la nuque en date du 1er septembre 2005.

3. Une IRM cervicale a été pratiquée le 11 octobre 2005. Elle a été confrontée à une IRM datant d'octobre 2002. Le Dr A_____ a indiqué que le status ne s'était que peu modifié par rapport aux documents précédents. Il n'a décelé aucune anomalie suspecte du signal osseux ou du cordon médullaire.

4. Le 25 novembre 2005, le Dr C_____, médecin généraliste, a rempli un rapport médical initial. Il a indiqué que le traitement avait débuté le 26 septembre 2005. Il a diagnostiqué un "coup du lapin", a prévu une suite de traitement chez le Dr A_____ et a proposé un traitement conservateur.

5. En date du 5 décembre 2005, le Dr D_____, médecin conseil d'HELSANA, a indiqué dans une note interne que le diagnostic du "coup du lapin" était faux, car il n'y avait pas eu de choc arrière. Il a par ailleurs relevé qu'il n'existait pas de lien de causalité entre l'événement du 1er septembre 2005 et les lésions de l'assuré car l'IRM du 11 octobre 2005 était superposable à celle de 2002.

6. Par décision du 16 décembre 2005, HELSANA a refusé de prester pour les troubles annoncés au motif qu'il n'était que possible que ces troubles "soient en relation de causalité avec l'accident" du 1er septembre 2005.

7. Par acte daté du 25 janvier 2006, cette décision a été frappée d'opposition.

8. Le 7 avril 2006, HELSANA a rejeté l'opposition et a confirmé sa décision. Elle a relevé que l'existence d'un dommage pouvait sérieusement être mise en doute au motif que l'assuré présentait, après l'accident, le même status qu'avant et que le diagnostic du "coup du lapin" pouvait être mise en doute car il n'y avait pas eu de choc arrière. L'existence même d'un accident a également été contestée dans la mesure où la chute survenue était inhérente à la pratique du football. Le lien de causalité a en outre été nié.

9. Par acte du 29 juin 2006, l'assuré a recouru par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclu à l'annulation de la décision du 7 avril 2006 et à la prise en charge des prestations découlant de l'événement du 1er septembre 2005, en particulier des factures de Fr 414,25 du Dr C_____, de Fr 270.- d'ostéopathe

et de Fr 419,15 de la Clinique Générale Beaulieu. Il décrit l'événement du 1er septembre 2005 en exposant avoir été violemment bousculé et poussé dans le dos par un autre joueur de football et avoir lourdement chuté sur le terrain. Il s'est plaint de douleurs à la nuque.

10. Dit recours était notamment accompagné d'un courrier du Dr C_____ daté du 20 juin 2006. Celui-ci a indiqué qu'il avait repris dans son rapport du 25 novembre 2005 l'expression "coup du lapin" utilisée par l'assuré lors de sa consultation dans son cabinet. A son avis, il s'agit d'une expression tirée du langage courant qui n'est pas un terme médical. Il a en outre indiqué qu'il existait une petite modification entre les IRM de 2002 et de 2005.

11. Le 31 août 2006, HELSANA a conclu au rejet du recours. Elle conteste l'existence d'un accident, d'un dommage et d'un lien de causalité. Elle relève notamment que le recourant présente pour la première fois une description de l'accident avec un choc dans le dos.

12. En date du 5 octobre 2006, le recourant a répliqué. La déclaration de bagatelle du 29 septembre 2005 n'était pas complète et n'indiquait que les conséquences dommageables sans en préciser la cause ou l'origine.

13. HELSANA a dupliqué le 19 octobre 2006. Elle estime que la nouvelle version de l'accident est tardive et ne peut être retenue. Le diagnostic du "coup du lapin" n'est en outre pas objectivé par les IRM et ne correspond pas au tableau typique défini par la jurisprudence.

14. Le 8 novembre 2006, le recourant a une nouvelle fois persisté dans son recours.

15. Sur ce, 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 1er 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 2004, 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. 56V, al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie

générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur entre le 1er janvier 2003 et le 31 décembre 2006, en dérogation à l'art. 60 LPGA).

4. A teneur de l'article 10, al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical des lésions résultant d'un accident. En application de l'article 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

   En l'espèce, l'intimée, après avoir admis dans sa décision du 16 décembre 2005 que l'événement du 1er septembre 2005 était un accident, conteste l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Elle nie également la présence d'un quelconque dommage au motif que les IRM de 2002 et 2005 sont superposables.

   Vu l'issue du litige et l'absence manifeste de lien de causalité entre l'atteinte alléguée à la santé et l'événement du 1er septembre 2005, point n'est besoin de trancher ces questions.

5. D'après l'art. 6 al. 1 LAA, l'assurance-accidents 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). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), 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. En revanche, il n'est pas nécessaire 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, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1;

406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références). En revanche, le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 129 V 181 consid. 3.2; 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références ; 115 V 405 consid. 4a).

En matière de lésions au rachis cervical par accident de type «coup du lapin» (ATF 119 V 335, 117 V 359), de traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67) ou de traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369), sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la vue, 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 ss consid. 4b).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge ont besoin de documents que le médecin doit leur fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La tâche du médecin, précisée par la jurisprudence, consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). A cet égard, le juge des assurances sociales 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.

7. En l'espèce, le Dr C_____, médecin traitant du recourant, a diagnostiqué un «coup du lapin». Il faut cependant relever que ce diagnostic est sujet à caution, dans la mesure où il se fonde sur l'expression employée par le recourant lui-même lors de sa première consultation. Il ressort en outre du rapport médical du Dr A_____ du 11 octobre 2005 qu'aucune anomalie suspecte du signal osseux

ou du cordon médullaire n'a pu être constatée après une IRM. Dans un tel cas, la jurisprudence bien établie du Tribunal fédéral des assurances qui a été citée (voir en outre pour un bon résumé ATFA du 4 mai 2006 dans la cause U 201/05, consid. 2) exige pour la reconnaissance d'un lien de causalité naturelle la présence d'un tableau clinique typique, à savoir le cumul de plaintes, tels que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilités accrue, troubles de la vision, irritabilité émotionnelle, dépression ou modification du caractère. Or, il ne ressort nullement du dossier qu'un tel tableau clinique existe. Ni le recourant, ni son médecin n'ont d'ailleurs allégué la présence d'un tel tableau clinique. L'assuré s'est limité à mentionner des douleurs à la nuque.

Force est ainsi de constater que l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement du 1er septembre 2005 et l'atteinte à la santé subie par le recourant fait défaut.

8. Au vu de ce qui précède, la décision entreprise ne peut être que confirmée et le recours rejeté. La procédure étant gratuite, aucun émolument ne sera perçu (art. 61 let. a LPGA). HELSANA, bien qu'obtenant entièrement gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61, let. g LPGA).

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 interjeté le 29 juin 2006 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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Juge suppléant
Sylvie CHAMOUX	Stéphane Grodecki

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