REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2852/2005 **ATAS/389/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 19 avril 2006

En la cause

Monsieur O_____, domicilié Roma, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BERTANI Lorella	recourant

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Maya CRAMER et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur O_____, né 1967, était employé en qualité de project manager par SWISSCOM SA, à Saint-Gall, jusqu'au 30 juin 2002. Dès le 1er juillet 2002, il était au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage. Il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (SUVA).

2. Le 18 juillet 2002, la Caisse cantonale genevoise de chômage (ci-après la caisse) a annoncé à la SUVA un accident survenu le 11 juillet 2002; elle a indiqué que lors du déplacement d'une boîte contenant des livres, l'assuré avait subi une déchirure des muscles du milieu du dos jusqu'au bas du dos. La déclaration d'accident établie par SWISSCOM AG le 30 juillet 2002 mentionnait les mêmes faits.

3. L'assuré a répondu à un questionnaire de la SUVA le 22 août 2002, en anglais; décrivant l'événement, il a indiqué "I was lifting a box full of books and I flet pain in my back, ripping muscles/strain in back". Par fax urgent du 27 août 2002, l'assuré a précisé les circonstances de l'événement et fait état en plus d'un glissement et d'une chute sur le sol après avoir soulevé une boîte remplies de livres.

4. La SUVA a pris en charge le cas au titre d'accident non professionnel. L'assuré a bénéficié du traitement utile et recouvré sa capacité de travail à 100 % dès le 1er septembre 2002.

5. En mars 2003, l'assuré a annoncé une rechute, avec incapacité de travail totale dès le 8 janvier 2003. Alors qu'il se trouvait à New-York pour un entretien d'embauche, il marchait dans le salon et en tournant la tête pour regarder une personne qui l'appelait, il a ressenti une violente douleur au dos. La douleur a été si violente qu'il a été transporté en ambulance à l'hôpital. La SUVA a pris en charge cette rechute, après avoir demandé l'avis de son médecin conseil, le Docteur A_____, chirurgien.

6. Le 4 juin 2003, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Docteur A_____. Celui-ci relève à l'examen un tableau douloureux au niveau lombaire et dans le membre inférieur droit, un Lasègue positif à droite et l'absence de troubles sensitifs ou moteurs. Une consultation avec un spécialiste en neurochirurgie devait être organisée.

7. Le 19 août 2003, l'assuré a été victime d'agressions dans un salon-bar d'un hôtel genevois lors desquelles il a subi des lésions corporelles ayant entraîné notamment une décompensation de ses lombalgies.

8. En octobre 2004, un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) a été proposé par la SUVA. Ce séjour ne s'est cependant pas concrétisé pour des raisons

personnelles de l'assuré qui avait quitté la Suisse pour retourner définitivement en Italie.

9. Dans son appréciation médicale partielle du 22 octobre 2004, le Docteur B_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que le neurochirurgien n'envisageait pas de geste chirurgical, mais un traitement de physiothérapie anti-inflammatoire conservateur. La capacité de travail devait être considérée comme totale chez le patient qui est directeur commercial et manager et n'a aucune contrainte physique dans son travail susceptible d'interférer avec ses problèmes lombaires chroniques dégénératifs, déstabilisés par la contusion du 11 juillet 2002.

10. Dans un avis complémentaire du 17 janvier 2005, le Docteur B_____ relève que dès le 1er septembre 2002, date de la reprise de travail à 100 %, les conséquences délétères de l'événement du 11 juillet 2002 étaient totalement éteintes. Quant à l'IRM lombaire pratiquée ultérieurement le 23 septembre 2003, elle n'a mis en évidence que des lésions de type dégénératifs, mais aucune lésion traumatique.

11. Par courrier du 24 janvier 2005, la SUVA a informé l'intéressé que la prise en charge des troubles annoncés en 2002 et qui ont fait l'objet d'une rechute en 2003 était manifestement erronée. En conséquence, elle mettait un terme à toutes ses prestations d'assurance relatives à l'événement du 11 juillet 2002 et ses suites au 15 février 2005 au soir. Un délai lui était accordé au 10 février 2005 pour faire part de ses observations.

12. A la demande de Me Lorella BERTANI, conseil de l'assuré, la SUVA a reporté le délai de réponse au 10 mars 2005 et le terme de ses prestations au soir du 15 mars 2005.

13. Le 9 mars 2005, l'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire, a contesté la position de la SUVA.

14. Par décision du 18 mars 2005, la SUVA a reconsidéré ses décisions de prise en charge des troubles annoncés en 2002 ainsi que de la rechute en 2003, au motif qu'elles étaient manifestement erronées. La SUVA a relevé que les faits décrits par l'assuré dans ses premières déclarations signées du 22 août 2002 n'étaient pas révélateurs d'un accident et que les déclarations du 27 août 2002 constituaient une nouvelle version des faits, avec chute. La SUVA renonce à revenir sur les prestations déjà versées, déclarant qu'elle examinera la question, le cas échéant, avec les assureurs concernés, et confirme mettre un terme à toutes prestations au 15 mars 2005 au soir. La SUVA a motivé sa décision par le fait qu'en l'absence de lésion traumatique, en présence d'un important état dégénératif et d'une hernie discale antérieure, il est constant que tout au plus une décompensation passagère d'un état antérieur pourrait le cas échéant être retenue, ce qui permet d'affirmer que

les troubles ne pourraient pour le moins plus être en rapport de causalité avec les faits du 11 juillet dont l'assuré se prévaut dans sa seconde déclaration. L'effet suspensif à une opposition a été retiré.

15. Le 19 avril 2005, l'assuré a formé opposition. Il a demandé la restitution de l'effet suspensif et, sur le fond, a conclu à l'annulation de la décision.

16. Par décision incidente du 28 juin 2006, la SUVA a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif. Le même jour, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré.

17. Le 12 août 2005, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la SUVA, concluant à son annulation. Il conteste avoir donné une version différente des faits, soulignant qu'il ne s'exprime pas en français. Il reproche à la SUVA d'avoir violé l'art. 44 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) en ne l'ayant pas autorisé à être examiné par un expert indépendant. Subsidiairement, il demande l'audition de son médecin traitant et la mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer le lien de causalité naturelle et adéquate entre son état de santé actuel et l'accident du 11 juillet 2002.

18. Le 31 août 2005, la mandataire du recourant a produit des pièces complémentaires, établissant qu'il avait, immédiatement après l'accident, exposé avoir chuté.

19. Dans sa réponse du 6 septembre 2005, la SUVA rappelle que le recourant a rempli le formulaire de déclaration du 18 juillet 2002 où il mentionne s'être déchiré les muscles du dos en déplaçant une boîte de livres, version qu'il a confirmée le 30 juillet 2002 et le 22 août 2002, en anglais. Ce n'est qu'en date du 27 août 2002 que le recourant a déclaré avoir chuté. Il convient de s'en tenir à ses premières déclarations, lesquelles excluent l'existence d'un accident et justifient la décision de reconsidération. S'agissant de l'expertise sollicitée par le recourant, elle est inutile. Le médecin conseil a tenu compte de l'intégralité du dossier médical pour faire part de ses appréciations, selon lesquelles l'effet délétère des conséquences de l'événement dommageable sur un état dégénératif antérieur était totalement éteint le 1er septembre 2002. La SUVA conclut au rejet du recours.

20. Par réplique du 21 septembre 2005, le recourant s'est référé à l'attestation établie le 29 août 2005 par le Docteur C_____, de la "établissement hospitalier", confirmant qu'il avait bien déclaré, lors de la consultation du 11 juillet 2002, avoir chuté, et a persisté dans l'intégralité de ses conclusions.

21. Dans sa duplique du 6 octobre 2005, la SUVA maintient sa position, en ce sens qu'en l'absence de chute et de lésion assimilée à un accident, il n'existe aucun droit à prestation en lien avec l'événement du 11 juillet 2002. En conséquence, les fait quelque peu obscurs de 2003 ne peuvent pas non plus ouvrir droit à prestations. Les décisions de la SUVA ont ainsi été rendues manifestement à tort, de sorte qu'elle était fondée à revoir sa décision et à refuser la prise en charge pour l'avenir.

L'attestation produite par le recourant en cours de procédure ne change rien à son appréciation.

22. Les écritures de la SUVA ont été communiquées au recourant le 7 octobre 2005.

23. Pour le surplus, les divers allégués des parties et les éléments pertinents résultant du dossier seront repris, en tant que de besoin, dans la partie en droit ci-après.

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, 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 cantonal des assurances sociales 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), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

   Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (cf. art. 58 al. 1 LPGA). Selon l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège.

   En l'occurrence, le recourant est domicilié à Rome depuis le second semestre de l'année 2003. Auparavant, il était domicilié à Genève.

   Au vu de ce qui précède, la compétence ratione loci et materiae du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est établie.

3. En dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (cf. art. 106 LAA). Compte tenu au surplus de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août 2005 inclus (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours du 12 août 2005 a été interjeté en temps utile. Respectant par ailleurs les formes prescrites par l'art. 89B LPA, il doit être déclaré recevable.

4. L'objet du litige consiste à déterminer si la SUVA était en droit de reconsidérer ses décisions et de mettre un terme à ses prestations au 15 mars 2005.

5. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

   Cette disposition codifie désormais la jurisprudence antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA : selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 127 V 469 consid. 2c et les références).

   Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc).

6. Conformément à l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

   Selon l'art. 9 al. 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, il faut entendre par accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire. A teneur de l'art. 4 LPGA, en vigueur dès le 1er janvier 2003, 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. Cette définition de l'accident étant semblable à celle qui figurait avant l'entrée en vigueur

de la LPGA à l'art. 9 al. 1 OLAA, la jurisprudence rendue sous l'ancien droit demeure pertinente.

La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement être realisés (ATF 122 V 232 consid. 1; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s. consid. 2). Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable doive alors être qualifiée de maladie.

Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 233 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a ainsi que les références). Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA du 15 octobre 2004, cause U 9/04 ; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht,1985, p. 178). Il n'y a pas d'accident lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 139 consid. 3b, ainsi que les références citées ; MAURER, op. cit. 1985, p. 178 ; GHELEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, 1992, p. 48ss).

En outre, aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA qui prévoit que pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, certaines lésions sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, telles que par exemple les déchirures de muscles (let. d) ou les élongations de muscles (let. e).

Cette liste des lésions assimilées à un accident est exhaustive (ATF 116 V 140 consid. 4a, 147 consid. 2b, et les références; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2ème édition, 1989, 202). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert

par l'assurance-maladie (ATF 123 V 44 sv. consid. 2b, 116 V 147 sv. consid. 6c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 no U 435 p. 332, 1988 no U 57 p. 373 consid. 4b; BÜHLER, Die unfallähnliche Körperschädigung, in SZS 1996 p. 84). Le TFA a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésions corporelles assimilées à un accident (ATF 129 V 466). Il a rappelé qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident devaient être réalisées (art. 9 al. 1 OLAA teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). En particulier, il a déclaré qu'à défaut de l'existence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles étaient à la charge de l'assurance-maladie.

7. En l'espèce, il convient de relever préalablement que la déclaration d'accident du 18 juillet 2002 mentionne ce qui suit : « en déplaçant une boîte avec des livres, déchirure des muscles du milieu du dos jusqu'au bas du dos ». Or, sur le plan médical, le Docteur C_____, de la "établissement hospitalier", a constaté une raideur, une contracture et une limitation de l'antéflexion du tronc. Il a posé le diagnostic d'entorse du rachis lombaire (cf. rapport du 19 août 2002). L'on peut déjà constater qu'il ne s'agissait pas d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA.

   Concernant la description de l'événement du 11 juillet 2002, le Tribunal de céans constate à la lecture des pièces du dossier que la déclaration d'accident du 18 juillet 2002 annoncée par la Caisse de chômage mentionne un déplacement d'une boîte avec des livres, tout comme celle du 30 juillet 2002 signée par l'employeur. Le 22 août 2002, l'assuré a été invité par la SUVA à répondre à diverses questions relatives à l'événement du 11 juillet 2002 : à la question « Comment vous êtes-vous fait mal au dos ? », l'assuré a répondu « I was lifting a box full of books and I felt pain in my back + ripping muscles/strain in back ». A la question de savoir s'il s'était passé quelque chose de particulier, l'assuré a répondu « Lifting box from floor to garbage bin + felt pain and injury on my back ». Il a également indiqué que le traitement était terminé, qu'une reprise de travail à 100 % était prévue le 1er septembre 2002, mais qu'il devait encore faire des massages thérapeutiques d'ici là. Cette version des faits a encore été confirmée lors d'un entretien téléphonique du 26 août 2002 avec un collaborateur de la SUVA : il a affirmé que pour lui il était clair qu'il s'agissait d'un accident survenu en soulevant une boîte. Questionné quant à une chute ou à un coup, l'assuré a répondu clairement non. Par fax urgent transmis à la SUVA le lendemain, le 27 août 2002, le recourant décrit une nouvelle fois l'événement (soulèvement d'un carton rempli de livres d'env. 10 – 15 kg afin de le jeter dans une poubelle) et fait état, pour la première fois, d'une glissade avec chute sur le sol. C'est en touchant le sol qu'il a ressenti une violente douleur. Il expliquait n'avoir jamais souffert de problèmes de dos auparavant.

Selon la jurisprudence constante, il n'y a pas de raison de mettre en doute la crédibilité de la version donnée par l'assuré alors qu'il était encore marqué par l'événement. Ainsi, en présence de deux versions différentes, la préférence doit être accordée à celle que l'intéressé a donnée en premier, alors qu'il ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références, VSI 2000 p. 201 consid. 2b). Or, des premières déclarations du recourant, il faut bien conclure qu'aucun facteur extérieur extraordinaire n'a été évoqué ni démontré. L'attestation établie par le Docteur BONGIOANNI le 29 août 2005 et produite par le recourant en cours de procédure n'y change rien ; en effet, le médecin ne fait que relater, deux ans plus tard, ce que le recourant lui a rapporté. Il ne saurait emporter valeur probante quant à la description de l'événement. Enfin, on ne saurait non plus admettre que le recourant, en déplaçant un carton pesant entre 10 et 15 kilos, a effectué un effort extraordinaire.

Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que l'événement du 11 juillet 2002 ne pouvait être qualifié d'accident, faute de facteur extérieur extraordinaire, de sorte que la responsabilité de la SUVA n'était pas engagée. Les décisions de prise en charge de l'événement étant manifestement erronées, l'intimée était en droit de les reconsidérer, la rectification revêtant une importance notable au vu des prestations accordées.

8. Quant à la rechute survenue à New York et annoncée le 10 janvier 2003, avec un nouvel arrêt de travail dès le 8 janvier 2003, il va de soi que dans la mesure où le caractère accidentel de l'événement du 11 juillet 2002 a été nié, il ne saurait être pris en charge comme rechute. Il convient d'autre part de relever que cet événement lui-même (mouvement de la tête afin de regarder une personne qui l'appelait) ne peut pas non plus être qualifié d'accident. L'IRM pratiquée à New-York en février 2003 avait révélé une protrusion discale au niveau L5, possiblement consécutive à l'événement du 11 juillet 2002, mais sans hernie discale vraie. Le Docteur MAURER, neurochirurgien à New-York, n'avait pas préconisé une intervention neurochirurgicale.

   Enfin, l'IRM pratiquée le 24 septembre 2003, soit après l'agression physique du 19 août 2003, n'a pas révélé de lésion traumatique, mais uniquement des lésions de type dégénératifs. Or, selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte (arrêts publiés S. du 29 février 2000, U 146/99, N. du 8 février 2000, U 138/99, N. du 7 février 2000, U 149/99, B. du 7 janvier 2000, U 131/99, S. du 5 janvier 2000, U 103/99; arrêts non publiés F. du 27 décembre 1999, U 2/99, S. du 4 juin 1999, U 193/98, R. du 30 avril 1999, U 228/98, S. du 22 janvier 1999, U 69/98, S. du 26 août 1996, U

159/95, M. du 21 juin 1996, U 206/94, S. du 7 avril 1995, U 238/94 et J. du 10 octobre 1994, U 67/94).

Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (arrêt S. du 26 août 1996, U 159/95; DEBRUNNER/RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 54 ss, en particulier p. 56). Tel n'était précisément pas le cas en l'occurrence.

9. Le recourant se plaint d'une violation de l'art. 44 LPGA, dans la mesure où l'intimée n'a pas recouru aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits et sollicite la mise en œuvre d'une expertise.

   Cet argument est mal fondé. En effet, la mise en œuvre d'une expertise ne se justifie pas, dès lors que le caractère accidentel de l'évènement est nié.

10. Le Tribunal de céans étant parvenu à la conclusion que les décisions de l'intimée étaient manifestement erronées, celle-ci était autorisée à révoquer ses décisions par la voie de la reconsidération, étant précisé qu'elle a liquidé le cas en déclarant mettre fin à ses prestations avec effet ex nunc et pro futuro, soit au 15 mars 2005, renonçant expressément à réclamer au recourant la restitution des prestations indûment versées (cf. ATF 130 V 380).

Mal fondé, le recours doit être 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 greffer	La Présidente :
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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