REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3639/2005 **ATAS/437/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 11 avril 2006

En la cause

Monsieur M_____, domicilié GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître MEYER Daniel	recourant
contre	
SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE	intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Valérie MONTANI et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né en 1947, était au bénéfice d'indemnités journalières de l'assurance-chômage et à ce titre assuré auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA) lorsqu'il a été victime d'un accident le 29 novembre 2002, alors qu'il circulait à scooter. Il a été heurté à la tête par une camionnette de livraison qui effectuait une marche arrière. Il a été conduit en division des urgences médico-chirurgicales des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Les médecins ont diagnostiqué un traumatisme cranio-cérébral, des contusions de l'épaule et du bras droit, des lombes et du bassin, ainsi que des cervicalgies.

2. Dans un rapport adressé à la caisse de chômage le 30 novembre 2002, le Dr A_____, médecin traitant, l'a estimé incapable de travailler à 100% depuis le jour de l'accident. Le médecin relève que son patient boite, que son épaule droite est douloureuse à la percussion et à la mobilisation et qu'il souffre de troubles de la mémoire et de la vision. Il constate un status post-contusion du crâne, de la colonne lombaire et du bassin ainsi qu'un status post-commotion cérébrale.

3. Le cas a été pris en charge par la SUVA.

4. Consulté par le médecin traitant, le Dr B_____, médecin chef du service d'ophtalmologie des HUG a, par courrier du 21 janvier 2003, confirmé avoir réalisé une angiographie. Selon lui, "il n'est pas exclu que durant le traumatisme, *l'assuré* ait fait un "whiplash maculopathy" du fait de l'adhérence théorique du vitré entre autre sur la région péri fovéale".

5. Dans un rapport intermédiaire du 5 février 2003, le médecin traitant a qualifié l'évolution de défavorable et signale des pertes de mémoire, des vertiges, de l'insomnie et une raideur musculaire.

6. Le 14 avril 2003, le Dr B_____, rappelant que le patient était légèrement diabétique, souligne qu'il sera difficile de distinguer médicalement et d'un point de vue assécurologique, les problèmes diabétiques et traumatiques, dans la mesure où il est assez clairement apparu que le problème visuel relevé après le traumatisme s'inscrit très précisément dans une zone qui a été affectée par la rétinopathie diabétique, et par conséquent, très vraisemblablement, sur la base d'un terrain fortement prédisposant.

7. Invité à se déterminer par la SUVA, le Dr C_____, spécialiste en ophtalmologie, a considéré que l'assuré présentait manifestement une rétinopathie diabétique classique, étant précisé que l'aggravation du fait de l'accident pourrait tout au plus être indirecte si la glycémie n'avait pas pu être contrôlée à la suite de l'accident (cf. rapport du 26 juin 2003).

8. A la demande de la SUVA, un nouvel examen avec une angiographie en fluorescence a été effectué par le Dr D_____ du service ophtalmologique des HUG.

   Le Dr C_____ a ainsi été en mesure de compléter son rapport du 17 décembre 2003 en indiquant que "la diminution de l'acuité visuelle est due à la maculopathie engendrée par le diabète et n'est donc pas due à l'accident. On ne sait pas si l'éblouissement est important. Personnellement, je n'arrive pas à en expliquer l'origine traumatique. Il se peut cependant qu'il y ait chez ce patient une cataracte présénile telle qu'on la rencontre souvent chez les personnes diabétiques. Il est également possible que l'éblouissement soit associé à l'œdème maculaire. En résumé, on peut plutôt dire que cet éblouissement n'est pas une suite de l'accident. Le cas peut donc être liquidé du point de vue ophtalmologique. Il n'existe aucune atteinte à l'intégrité d'origine ophtalmologique en raison de l'accident".

9. Le 17 juin 2004, l'assuré a produit auprès de la SUVA un rapport établi par les Drs E_____ et F_____, du département des neurosciences des HUG, le 13 mars 2004 et adressé au médecin traitant. Evoquant une amnésie et un trouble du comportement avec une composante psychogène importante, ils indiquent qu'une prise en charge psychiatrique apparaît indispensable.

10. Le 21 juin 2004, l'Office cantonal AI a informé l'assuré qu'une rente entière d'invalidité lui était accordée dès le 28 novembre 2003.

11. Dans un nouveau rapport intermédiaire du 16 juin 2004, le Dr A_____ a confirmé l'évolution défavorable et fait état de troubles mnésiques. Il a par ailleurs relevé que la prise en charge psychiatrique avait été acceptée par le patient à raison d'une fois par mois.

12. Le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr G_____ a procédé à un examen du dossier le 1er octobre 2004. Il a ainsi constaté que "les troubles somatiques liés à l'accident du 29 novembre 2002, qui n'étaient que des contusions au niveau de l'appareil locomoteur, sont sans conséquence aujourd'hui. En revanche, l'invalidité présentée par le patient est quasi totale d'origine psychique". Il laisse ainsi ouverte la question de savoir s'il est nécessaire d'obtenir encore un examen psychiatrique et une IRM cérébrale pour conclure d'une éventuelle causalité naturelle de l'accident sur "les conséquences psychiques gravissimes exprimées par le patient depuis son accident".

13. Une IRM cérébrale a été effectuée le 20 octobre 2004, de laquelle il résulte qu'il n'y a pas d'anomalie notable, étant toutefois précisé qu'au vu du traumatisme cranio-cérébral, des lésions à l'échelle cellulaire ne peuvent pas être exclues.

14. Par décision du 24 janvier 2005, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme à toutes ses prestations d'assurance (indemnités journalières et frais

médicaux) au 15 février 2005. Elle s'est en effet fondée sur le rapport du Dr G_____ du 30 septembre 2004, selon lequel les troubles somatiques liés à l'accident étaient guéris sans séquelles et les troubles d'origine psychique n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

15. La caisse maladie AVENIR a formé opposition le 2 février 2005; elle l'a finalement retirée le 8 juin 2005.

16. Représenté par Maître Daniel MEYER, l'assuré a quant à lui contesté la décision de la SUVA, le 23 février 2005. Il conclut au maintien du versement des prestations au-delà du 15 février 2005 et subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité.

17. La SUVA a soumis le dossier à l'appréciation du Dr H_____, spécialiste en chirurgie auprès de la division médecine des assurances. Celui-ci a confirmé le 22 juin 2005 qu'une pleine capacité de travail sur le plan somatique était exigible. Il a au surplus rappelé que de véritables conséquences neurologiques après une commotion simple n'étaient pas vraisemblables.

18. Par décision sur opposition du 13 juillet 2005, la SUVA a confirmé sa décision.

19. L'assuré a interjeté recours le 13 octobre 2005 auprès du Tribunal de céans. Il affirme que les troubles dont il souffre actuellement, déclarés à tort troubles d'ordre psychique, sont des troubles et des lésions consécutifs et inévitables lors d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance. Ils sont donc post-traumatiques. Il conclut dès lors principalement au versement des indemnités journalières au-delà du 15 février 2005 et à la prise en charge des frais de traitements médicaux, subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 60% au moins, plus subsidiairement encore à la mise en œuvre d'une expertise cochléo-vestibulaire afin de déterminer l'origine des vertiges.

20. Invitée à se déterminer, la SUVA maintient que c'est à juste titre qu'elle a supprimé dès le 15 février 2005 le droit de l'intéressé à des prestations d'assurance. S'agissant des troubles oculaires, elle rappelle que selon le Dr C_____ la diminution de l'acuité visuelle est due à la maculopathie engendrée par le diabète et non pas par l'accident. Les séquelles organiques d'une oreille interne ne peuvent pas non plus être mises en relation avec l'accident du 29 novembre 2002 de façon certaine selon le I_____. Le fondement organique des maux de tête, des cervicalgies, des souffrances dans l'épaule, le bras et la jambe droits et des dorso-lombalgies n'a par ailleurs pas pu être objectivé. La SUVA relève encore que si l'assuré a été victime d'un traumatisme cranio-cérébral léger, la question de savoir si les troubles actuels sont en relation de causalité adéquate avec l'accident doit s'examiner sur la base des critères développés par la jurisprudence fédérale en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident.

21. Dans sa réplique du 3 janvier 2006, l'assuré a persisté dans ses conclusions.

22. Le 16 janvier 2006, constatant que l'assuré n'avait allégué aucun élément nouveau, la SUVA a renoncé à déposer formellement une duplique. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause 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, 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (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. Aux termes de l'art. 118 al. 1er LAA, les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont régies par l'ancien droit. L'accident ayant eu lieu le 29 novembre 2002, le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. En revanche, les règles de procédure sont immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1).

4. En ce qui concerne le délai de recours, l'art. 60 LPGA prévoit que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 106 LAA prévoit cependant qu'en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance. Déposé dans la forme imposée par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 15 février 2005.

6. En l'occurrence, l'AI lui a reconnu un droit à une rente entière d'invalidité. Certes, la notion d'invalidité est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité, ce qui doit conduire à fixer pour une même atteinte à la santé un même taux d'invalidité (ATF 126 V 293). Toutefois, l'assurance-accidents n'a à prendre en charge que les troubles en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. L'évaluation de degré d'invalidité par l'OCAI ne lie en conséquence pas nécessairement l'assurance accidents.

7. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA en effet, l'assureur 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 p. 337). Dans l'éventualité où le lien de causalité naturelle n'a pas été prouvé, il est alors superflu d'examiner s'il existe un rapport de causalité adéquate (ATF 119 V 335 consid. 4c p. 346).

   Le droit à des prestations découlant d'un accident 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 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 et les références).

   La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant 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).

   Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de

l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA non publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

En relation avec les prestations dont le recourant prétend au versement (prestations pour soins, remboursement de frais et indemnités journalières), il convient d'ajouter qu'en vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, ces dernières ne sont pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident assuré. En effet, la jurisprudence a souligné à cet égard (ATFA non publié du 9 juillet 2002 en la cause U 157/01) que 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 (status quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (status quo sine) (cf. RAMA 1992 n° 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).

8. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu' ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). Aussi n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b, ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid 3 a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant des rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Cela dit, le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. Le juge examinera si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal (ATF 125 V 352 ss consid. 3b).

9. En l'espèce, l'intimée a supprimé le droit de l'assuré aux prestations d'assurance, considérant que les troubles somatiques étaient guéris sans séquelles et que les troubles d'origine psychique n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 29 novembre 2002.

   L'assuré rappelle quant à lui qu'il souffre de vertiges persistant, de pertes d'équilibre, de problèmes de concentration, de pertes de connaissance avec chutes, de vomissements, de troubles de la mémoire et de la vue, d'impotence fonctionnelle cervicale, de cervicalgies, de difficultés et de gênes au niveau du membre supérieur droit, ainsi que d'un "whiplash maculopathy", et que ces troubles sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident dont il a été victime. Il considère qu'ils sont post-traumatiques.

10. S'agissant des troubles oculaires, il est vrai que le Dr B_____ évoque l'hypothèse d'un "whiplash maculopathy", dans son courrier du 21 janvier 2003 adressé au médecin traitant, il précise cependant, le 14 avril 2003, que le problème visuel relevé après le traumatisme s'inscrit très précisément dans une zone affectée par la rétinopathie diabétique et en conclut que le terrain est "fortement prédisposant".

    Le Dr C_____ a à cet égard confirmé qu'il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité d'origine ophtalmologique due à l'accident (cf. rapport du 17 décembre 2003).

    Force est ainsi de constater que même si la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle peut demeurer ouverte, le lien de causalité adéquate doit de toute manière être nié entre les troubles ophtalmiques et l'accident.

11. L'assuré se plaint également de maux de tête, de cervicalgies, de gêne au niveau du membre supérieur droit et de dorso-lombalgies.

    Il n'est pas contesté que ces troubles somatiques étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident. Il appert des rapports médicaux figurant dans le dossier que les contusions sont elles-mêmes guéries et que des troubles d'origine psychiques sont apparus (cf. rapports des Drs E_____ et J_____ du 17 juin 2004, du Dr A_____ du 16 juin 2004, du Dr G_____ du 1er octobre 2004 et du Dr H_____ du 22 juin 2005).

12. Il y a lieu de déterminer si les autres troubles présents sont ou non en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 29 novembre 2002, étant rappelé que le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral avait été posé.

13. 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).

    Tel est bien le cas en l'occurrence.

    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).

14. Ont été notamment 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).

En l'espèce, selon le rapport d'accident établi le 5 décembre 2002 par la gendarmerie genevoise, la voiture qui précédait l'assuré a effectué une marche arrière sans précaution et a heurté l'avant de son motocycle. A noter que l'assuré s'était normalement arrêté derrière cette voiture à quelque 10 - 15 mètres. Le

gendarme a précisé que "suite à ce choc, *l'assuré* a chuté sur la chaussée et s'est légèrement blessé".

En l'occurrence il y a lieu de qualifier l'accident de moyennement grave, à la limite des accidents de peu de gravité.

S'agissant des critères susmentionnés, seuls sont réalisés ceux de douleurs persistantes et de durée de l'incapacité de travail, ce qui reste très insuffisant pour retenir l'existence d'une causalité adéquate.

Aussi le recours, mal fondé, doit-il 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).

La greffière	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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