

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3902/2008

ATAS/1142/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 9 septembre 2009**

En la cause

Monsieur T \_\_\_\_\_, domicilié à AIRE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse CORDONIER

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur T\_\_\_\_\_, né en 1959, travaille en qualité de chauffeur-livreur pour le compte de la société X\_\_\_\_\_ S.A. à Genève. A ce titre, il est assuré auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après l'assureur) contre les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 19 juin 2005, l'assuré a été victime d'un accident. En plongeant dans une piscine, il s'est heurté la tête contre le fond.
3. Les premiers soins ont été prodigués par un médecin du Groupe médical d'Onex (anciennement Permanence d'Onex) et l'assuré a été en incapacité de travail totale jusqu'au 7 juillet 2005.
4. L'assureur a pris en charge les suites de l'accident.
5. Selon la déclaration d'accident établie par l'employeur en date du 21 juin 2005, les parties du corps de l'assuré qui ont été atteintes sont la tête, le front, les lèvres, le nez, les yeux, les cervicales et le dos. La nature des lésions est une commotion, des coupures profondes, des fractures, des hématomes et des douleurs.
6. Par rapport du 12 juillet 2005, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a constaté des plaies contusions frontales et aile du nez ainsi qu'un blocage cervical majeur avec syndrome vertébral. Le résultat des examens complémentaires ordonnés le 7 juillet n'était pas encore connu. A titre de diagnostic, il a indiqué une contusion du massif facial et une lésion cervicale possible. Les mesures entreprises consistaient en du repos, le port d'une collerette cervicale et de la physiothérapie. L'incapacité de travail était totale depuis l'accident.
7. Par rapport du 13 juillet 2005, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que l'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) cervicale effectuée en raison d'une chute avec persistance de céphalées, était dans les limites de la norme.
8. Le 24 octobre 2005, l'assuré a informé l'assureur que le traitement était terminé.
9. Le 5 juillet 2007, l'employeur a annoncé à l'assureur une rechute.
10. Par rapport du 19 août 2007 adressé à l'assureur, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, pharmacologie et toxicologie cliniques et médecin traitant, a expliqué que depuis l'accident, l'assuré se plaignait de céphalées et de douleurs paroxystiques sur le cortex. Il a constaté une diminution de la mobilité de la nuque en rotation et en flexion latérale à droite, la compression C3-C4 déclenchant des

douleurs ainsi qu'une hypoesthésie au froid du cuir chevelu pariétal à gauche. Il a diagnostiqué des céphalées et une probable névralgie C2 à gauche post-traumatique. Les lésions étaient dues uniquement à l'accident, soit un choc direct avec traumatisme crânio-cérébral. Les mesures entreprises consistaient en une antalgie médicamenteuse et physique. Il n'y avait pas d'incapacité de travail.

11. Interrogé sur lien de causalité entre les nouvelles plaintes et l'accident, le médecin d'arrondissement de l'assureur a répondu par la négative en date du 24 août 2007.
12. Par rapport du 29 août 2007, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne auprès du Groupe médical d'Onex a indiqué que, selon les pièces au dossier, l'assuré avait plongé et s'était tapé la tête et le nez, sans perte de connaissance. Des plaies au nez, au front ainsi qu'un traumatisme crânien simple avaient été diagnostiqués. Le traitement prodigué avait consisté en la pose de steristips sur le nez et le front et la prise de Dafalgan.
13. Par courrier du 11 septembre 2007, l'assureur a informé l'assuré que selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 19 juin 2005 et les lésions annoncées. Dans ces conditions, l'assureur ne pouvait pas allouer des prestations d'assurances.
14. Le 19 septembre 2007, l'assuré a contesté la position de l'assureur, en faisant valoir qu'avant l'accident assuré, il n'avait jamais souffert de maux de tête avec blocage de la nuque.
15. Par rapport adressé le 20 septembre 2007 à l'assureur, le Dr C \_\_\_\_\_ a expliqué que l'assuré présente des symptômes douloureux de type céphalées et cervico-brachialgies droites, d'une part, et des douleurs à caractère neuropathique du territoire C2 gauche, d'autre part. Ces symptômes sont consécutifs au trauma crânio-cérébral survenu le 19 juin 2005 suite au plongeon effectué par l'assuré au cours duquel ce dernier a subi un choc frontal avec le fond du bassin dont la profondeur est estimée à 80 cm. Les suites immédiates ont été une fracture du nez, une contusion cervicale et un traumatisme crânio-cérébral. Les symptômes actuels n'existaient pas avant l'accident et chronologiquement ainsi que d'un point de vue physiopathologique, la relation causale ne faisait, selon ce médecin, aucun doute.
16. Après avoir pris connaissance de ce rapport, le médecin d'arrondissement de l'assureur a expliqué que sa réponse négative du 24 août 2007 était destinée à avoir des renseignements supplémentaires, qu'il n'avait pas encore obtenus. Par conséquent, il convenait notamment de faire une enquête et de rassembler la totalité du dossier radiologique.
17. Le 17 octobre 2007, un entretien a eu lieu entre l'assureur et l'assuré, au cours duquel ce dernier a rappelé s'être cogné la tête en plongeant, occasionnant une

fracture du nez, des blessures ouvertes au front et des douleurs à la colonne cervicale. Sur le moment, il avait perdu connaissance durant quelques secondes. Sa famille l'avait emmené au Groupe médical d'Onex, puis il avait été soigné par le Dr A\_\_\_\_\_. L'évolution avait été bonne et il avait pu reprendre son travail, en gardant toutefois des douleurs à la nuque. Il n'avait donc jamais guéri complètement des séquelles à la colonne cervicale et des maux de tête occasionnels. Pensant que cela allait s'arranger avec le temps, il n'avait pas repris contact avec les médecins. Vers le mois de juillet 2007, les douleurs à la nuque s'étaient accentuées et les maux de tête étaient devenus plus fréquents et plus forts. Il était donc allé voir le Dr C\_\_\_\_\_, qui lui avait prescrit des médicaments et des séances de physiothérapie. Il n'avait pas eu d'incapacité de travail. Il allait maintenant mieux, ressentait encore des douleurs à la tête, mais de façon moins fréquente et moins forte, ainsi que des douleurs à la nuque. Il continuait à prendre des médicaments antalgiques et des anti-inflammatoires. Les séances de physiothérapie étaient terminées. Il a ajouté qu'il parvenait à effectuer son travail, tout en gardant encore des douleurs à la colonne cervicale et à la tête, mais en faisant attention de ne pas tourner la tête trop brusquement par exemple. Enfin, il ne savait pas où se trouvaient les radiographies.

18. Par rapport du 22 janvier 2008, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de l'assureur, a conclu que l'assuré ne présente aucune atteinte organique ou structurelle due à l'accident. Ainsi, d'un point de vue neurologique, le lien de causalité entre l'accident et les troubles dont l'assuré se plaint depuis juillet 2007 ne peut être établi avec vraisemblance.

Ce médecin a expliqué que sur la base de la documentation médicale constituée peu de temps après l'accident, le traumatisme crânien subi peut être qualifié de léger, (degré de gravité clinique 0), car une perte de connaissance a été expressément infirmée. Ainsi, il s'agissait probablement d'une commotion cérébrale. De plus, il n'y avait pas eu de fracture de l'os nasal, de sorte que l'on ne pouvait retenir le degré de gravité 2.

Selon le médecin, un traumatisme crânien de degré 0, voire même de degré 2, entraîne en règle générale des troubles non spécifiques de caractère régressif dans les quelques jours qui suivent l'accident, voire au plus quelques semaines après l'accident. En l'absence de signes de déficits neurologiques dans la période qui suit immédiatement l'accident et au cours de l'évolution ultérieure, des atteintes durables peuvent être exclues, et normalement, les troubles disparaissent complètement. Cette évolution normale avait été constatée chez l'assuré, puisqu'il avait retrouvé une capacité de travail complète le 4 juillet 2005 et que, selon les pièces, aucun traitement n'avait plus été nécessaire dans la période qui a suivi.

Le médecin a ajouté que selon les critères établis par la Société internationale des céphalées, le diagnostic de syndrome de céphalées post-traumatiques aiguës ne peut pas être posé, car aucun syndrome de céphalée, nouveau ou préexistant (mais considérablement renforcé ou modifié), n'a été médicalement attesté dans les sept jours qui ont suivi le traumatisme crânien. En effet, ni le rapport du Dr A\_\_\_\_\_, ni celui du Dr D\_\_\_\_\_ ne mentionnent l'existence de céphalées.

Le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé que des céphalées avaient été évoquées pour la première fois au moment où l'IRM du rachis cervical avait été effectuée, soit le 12 juillet 2005. Or, lorsque les céphalées apparaissent ou gagnent en importance plus de sept jours après un traumatisme, on ne peut établir avec vraisemblance un lien de causalité avec le traumatisme, car plus d'une semaine après le traumatisme, de multiples facteurs sans relation avec l'accident peuvent avoir contribué à l'apparition des céphalées. En l'absence de vraisemblance d'un syndrome de céphalées post-traumatiques aiguës après l'accident du 19 juin 2005, on ne peut pas non plus supposer avec vraisemblance l'existence d'un syndrome de céphalées post-traumatiques chroniques. En effet, les documents n'évoquent pas non plus des céphalées qui auraient duré plus de trois mois et qui auraient nécessité un traitement.

Ce spécialiste est d'avis que l'on ne peut pas non plus établir avec vraisemblance un lien de causalité entre l'accident et une lésion notable du rachis cervical (par exemple une contusion ou entorse). En effet, au moment des premiers soins prodigués, aucune douleur ni aucune constatation pathologique au niveau du rachis cervical n'a été documentée. Le 21 juin 2005, le Dr A\_\_\_\_\_ avait qualifié le diagnostic relatif à une lésion cervicale comme étant possible, ce qui, selon le Dr E\_\_\_\_\_, ne peut être considéré comme une séquelle vraisemblable de l'accident. L'IRM effectuée le 12 juillet 2005 n'avait révélé aucune anomalie et aucun traitement médical n'avait été prodigué après cette date.

Par ailleurs, selon les déclarations de l'assuré du 17 octobre 2007, ce dernier disait avoir perdu connaissance pendant quelques secondes. Cependant, les rapports des Drs A\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ ne mentionnaient aucune perte de connaissance. Ainsi, la réapparition des douleurs cervicales et des céphalées en juillet 2007 pouvait avoir été influencée par de nombreux facteurs sans rapport avec l'accident. Enfin, selon le Dr E\_\_\_\_\_, les explications fournies par le Dr C\_\_\_\_\_, spécialisé en médecine interne, révélaient que ce médecin n'avait pas pris connaissance des documents établis dans la période qui avait suivi l'accident et qu'il ne dispose pas de connaissances neurologiques solides.

19. Le 12 février 2008, l'assuré a transmis à l'assureur les résultats de l'IRM cervicale effectuée le 31 janvier 2008 à la demande de son médecin traitant. Selon le rapport établi le 1<sup>er</sup> février 2008 par le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie

---

médicale et radiodiagnostique, l'assuré présente des troubles de la statique sous forme d'une rectitude de la colonne cervicale au niveau des trois quarts supérieurs associée à une discopathie isolée au niveau C5-C6 de degré modéré avec une légère protrusion postérieure, aplatissant le fourreau dural dans une profondeur de 1 à 1,5 millimètres. Pour tout le reste, l'examen était normal.

20. Par décision du 25 février 2008, l'assureur a informé l'assuré qu'il n'avait pas droit à des prestations d'assurance, au motif que de l'avis de leur médecin d'arrondissement, le Dr E\_\_\_\_\_, il n'existe pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 19 juin 2005 et les lésions annoncées.
21. Par opposition du 10 avril 2008, complétée le 2 juin 2008, l'assuré, par l'intermédiaire de Maître Marlyse CORDONNIER, a contesté la décision. Il fait valoir notamment que le Dr E\_\_\_\_\_ s'est fondé sur un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ établi le 29 août 2007, soit plus de deux ans après l'accident. Par ailleurs, selon le Dr E\_\_\_\_\_, il n'y avait pas eu de fracture de l'os nasal. Cela étant, aucune radiographie n'avait été faite pour retenir l'absence de fracture. En outre, contrairement à ce que ce médecin avait retenu, il avait été victime d'une perte de connaissance, comme cela résultait de l'attestation établie en date du 1<sup>er</sup> avril 2008 par Messieurs U\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ présents lors de l'accident. Par ailleurs, le Dr E\_\_\_\_\_ se fondait sur l'IRM du 12 juillet 2005 pour retenir l'absence de lésion cervicale. Or, à la lecture de ce rapport, on ne pouvait savoir sur quelle partie de la région cervicale l'examen avait porté, ni si les vertèbres C1 et C2 avaient fait l'objet de l'examen.

A l'appui de son opposition, l'assuré a transmis un rapport établi à sa demande par le Dr A\_\_\_\_\_ en date du 16 mai 2008. Il en résulte que suite à l'accident, l'assuré l'avait consulté les 21 et 24 juin, 1<sup>er</sup>, 7 et 18 juillet ainsi que le 20 septembre 2005. A l'anamnèse, il avait noté que l'assuré avait plongé dans une piscine trop peu profonde, en voulant éviter sa fille qui nageait, il avait plongé trop à pic. Les plaintes étaient des douleurs à la face (nez, front), des cervicalgies et des douleurs occipitales. Le médecin avait constaté un blocage complet de la nuque (rotations gauche et droite, inflexion latérale et flexion/extension), des contractures musculaires importantes, pas de déficit neurologique, des plaies du front et des ailes du nez. Le diagnostic qu'il avait posé était une entorse cervicale. Le traitement prescrit consistait en le port d'une collerette, un myorelaxant, des anti-inflammatoires non stéroïdiens ainsi que de la physiothérapie (relaxation musculaire, mobilisation douce progressive). Lors de la dernière consultation, il avait noté dans son dossier « a bien récupéré rotation et inflexion retrouvée. Persiste douleur base nuque en hyper-extension en C7. Termine sa physiothérapie ». Selon le médecin, l'état définitif était atteint. Le traitement préconisé était de finir les séances de physiothérapie à but antalgique. Enfin, le pronostic était bon.

---

Selon l'assuré, les éléments constatés par le Dr A \_\_\_\_\_ lors de la séance du 20 septembre 2005 contredisent clairement les conclusions du Dr E \_\_\_\_\_, puisqu'il y avait eu lésion du rachis cervical. Enfin, il n'avait certes pas consulté de médecin de fin septembre 2005 à juillet 2007. Cela étant, il n'avait jamais guéri complètement de ses séquelles à la colonne cervicale et des ses maux de tête occasionnels, c'est parce que la situation s'était aggravée en juillet 2007 qu'il avait alors consulté un médecin. Pour tous ces motifs, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise, étant précisé que l'expert devait avoir un dossier complet et notamment les images IRM effectuées les 12 juillet 2005 et 31 janvier 2008.

22. Par décision du 30 septembre 2008, l'assureur a rejeté l'opposition. Il est d'avis que le rapport du Dr E \_\_\_\_\_ a pleine force probante, de sorte qu'il convient de se fonder entièrement sur celui-ci et que la mise en œuvre d'une expertise n'est pas nécessaire. Ainsi, dès lors qu'il n'a pas été établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles annoncés sont en relation de causalité naturelle avec l'accident, l'assuré n'a pas droit à des prestations pour les troubles annoncés le 5 juillet 2007.
23. Par acte du 31 octobre 2008, complété le 10 décembre 2008, l'assuré, représenté par Maître Marlyse CORDONIER, interjette recours contre la décision, concluant préalablement, à l'ouverture d'enquêtes, et principalement à l'annulation de la décision, à la constatation que les troubles annoncés en juillet 2007 sont en lien de causalité avec l'accident du 19 juin 2005, et à la condamnation de l'assureur au versement des prestations dues.

Le recourant fait valoir que les maux de tête n'ont jamais cessé depuis l'accident et qu'ils se sont aggravés en juillet 2007. Il reproche en substance au Dr E \_\_\_\_\_, qui ne l'a pas examiné, d'avoir rédigé un rapport qui ne se fonde pas sur un dossier complet, ni en pleine connaissance de l'anamnèse. Selon le recourant, le Dr E \_\_\_\_\_ a fait une lecture tronquée des pièces de son dossier. Il en veut pour preuve que ce médecin a retenu qu'il se serait plaint de céphalées pour la première fois seulement le 12 juillet 2005, alors que le rapport du Dr A \_\_\_\_\_ du 16 mai 2008 fait état de ses plaintes immédiates relatives aux douleurs frontales et cervicales, lesquelles ont justifié une IRM (demandée déjà le 7 juillet 2005 par le Dr A \_\_\_\_\_) effectuée le 12 juillet 2005. Le Dr E \_\_\_\_\_ avait par ailleurs retenu que les céphalées avaient duré moins de trois mois. Or, à la consultation du 20 septembre 2005, le Dr A \_\_\_\_\_ avait noté la persistance d'une douleur base nuque en hyper-extension en C7 (rapport du 16 mai 2008). A ce moment-là, son médecin traitant avait préconisé la suite des séances de physiothérapie à but antalgique. Ainsi, le rapport du Dr E \_\_\_\_\_ ne peut se voir accorder pleine valeur probante, de sorte que le dossier doit être complété par une expertise.

Par ailleurs, le recourant explique avoir consulté le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce dernier n'était pas encore en mesure d'établir

un rapport complet. Le recourant produit néanmoins un courrier daté du 30 octobre 2008 rédigé par le Dr G\_\_\_\_\_, selon lequel, au vu du dossier médical et d'un examen du recourant, la symptomatologie douloureuse présentée par ce dernier paraît être potentiellement, avec une vraisemblance prépondérante, liée à l'accident. Après avoir rappelé le déroulement de l'accident, les constatations et les traitements prodigués, ce médecin relève que l'avis du Dr E\_\_\_\_\_ écarte la lésion traumatique du rachis cervical et de la jonction cervico-occipitale au motif qu'aucune constatation pathologique n'a été faite au niveau du rachis. Le Dr G\_\_\_\_\_ note à ce propos que le patient a été vu rapidement dans une permanence par un médecin non spécialisé en traumatologie et que le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ a été rédigé bien après l'accident. Selon le Dr G\_\_\_\_\_, il n'y a aucun critère objectif permettant de considérer ce rapport comme étant complet et exhaustif. Le Dr G\_\_\_\_\_ relève en outre que la symptomatologie douloureuse cervicale est expressément mentionnée dans le rapport du Dr A\_\_\_\_\_. Par ailleurs, le terme « possible » utilisé par ce médecin n'est pas, selon le Dr G\_\_\_\_\_, à prendre au sens assécurologique du terme. Il doit plutôt être compris au sens médical, à savoir que les symptômes cliniques de blocage cervical faisaient évoquer une pathologie du rachis cervical, ce qui a d'ailleurs motivé la demande d'IRM. Le Dr G\_\_\_\_\_ explique par ailleurs n'avoir pas pu examiner les documents radiologiques. Il estime indispensable de pouvoir accéder à ces documents et de mettre en route éventuellement des investigations complémentaires complètes. Il ajoute qu'en effet, il est notoire que le mécanisme du traumatisme subi par le recourant est susceptible de générer des lésions traumatiques du rachis cervical. Enfin, dans la mesure où le Dr E\_\_\_\_\_ critiquait les compétences médicales du Dr C\_\_\_\_\_, le Dr G\_\_\_\_\_ se posait la question des compétences médicales du Dr E\_\_\_\_\_ en traumatologie du rachis, vu sa spécialisation en psychiatrie et neurologie.

24. Le 10 décembre 2008, le recourant a complété son recours et a produit un rapport établi par le Dr G\_\_\_\_\_ daté du 30 novembre 2008, lequel a diagnostiqué un status après traumatisme crânio-cérébral avec dysfonction C2-C3. Le diagnostic est basé sur la nature du traumatisme initial et les symptômes présentés. Selon ce médecin, l'état somatique est, de façon certaine, une conséquence naturelle de l'accident. Il explique que lors de l'accident, il y a eu un traumatisme impliquant un choc violent au niveau du front et du nez, puisqu'il a été de nature à provoquer une plaie avec une surface lisse. Or, un plongeur avec choc de la tête contre le fond de la piscine, lorsque la profondeur de la piscine est insuffisante, est notoirement connu pour générer des traumatismes cervicaux graves.

Le médecin ajoute que les traumatismes de la colonne cervicale sont analysés, soit en tenant compte des lésions anatomiques osseuses, soit en tenant compte du mécanisme de l'accident. Un mécanisme de compression/extension a la capacité de léser la colonne cervicale haute. En l'occurrence, le médecin relève que l'atteinte à la cervicale haute est cliniquement illustrée immédiatement après l'accident par une

symptomatologie de blocage cervical. Selon lui, les symptômes actuels liés à la pathologie cervicale haute sont directement liés aux séquelles du traumatisme du 19 juin. Il précise que l'examen des clichés de l'IRM initiale ne semble plus actuellement possible. Par ailleurs, le rapport sommaire établi suite à cette IRM, qui ne contient aucune précision des coupes transverses effectuées, n'est pas un élément probant permettant d'exclure une pathologie significative non-osseuse et l'absence de lésions osseuses n'est pas un facteur permettant d'exclure une lésion au niveau des parties molles.

Le recourant produit également une appréciation du 4 décembre 2008 du Dr G\_\_\_\_\_ portant sur le rapport établi le 22 janvier 2008 par le Dr E\_\_\_\_\_. Le Dr G\_\_\_\_\_ indique que dans la partie initiale de son rapport, le Dr E\_\_\_\_\_ ne parle pas de traumatisme cervical, mais uniquement de traumatisme crânio-cérébral. Le Dr G\_\_\_\_\_ est d'avis qu'il est tendancieux de retenir la date du 12 juillet 2005 pour l'apparition des céphalées, comme le fait le Dr E\_\_\_\_\_. Le Dr G\_\_\_\_\_ relève à ce propos que l'IRM a été ordonnée le 7 juillet 2005 en raison d'une évolution non favorable suite à la consultation du 1<sup>er</sup> juillet 2005. S'agissant du lien de causalité, le Dr E\_\_\_\_\_ a considéré qu'aucune douleur ni constatation pathologique n'avait été documentée. Selon le Dr G\_\_\_\_\_, cette affirmation n'est pas certaine car il y a eu absence de recherche de lésion traumatique par les premiers médecins consultés, dans un contexte pouvant classiquement générer des lésions du rachis cervical. En outre, le Dr A\_\_\_\_\_ avait mentionné expressément un « blocage cervical majeur avec syndrome vertébral ». En raison de cette symptomatologie clinique, le Dr A\_\_\_\_\_ avait prescrit un examen IRM. Il avait diagnostiqué une lésion cervicale possible, ce qui signifie que la clinique faisait craindre une lésion cervicale. Ainsi, la symptomatologie clinique correspondait à une lésion du rachis cervical. Le Dr G\_\_\_\_\_ rappelle que le rapport établi suite à l'IRM n'est absolument pas descriptif ni détaillé. Il n'est pas fait état d'une analyse du rachis cervical haut dans un autre plan que le plan coronal ; celle-ci n'a selon toute vraisemblance pas été effectuée. La possibilité de méconnaître une lésion à ce niveau est, selon le Dr G\_\_\_\_\_, par conséquent donnée. Il ajoute que le traitement a consisté en le port d'une collerette ainsi que de la physiothérapie. Une illustration d'une lésion anatomique n'était effectivement pas faite, mais selon le Dr G\_\_\_\_\_, il est erroné de considérer que cela est la preuve de l'absence de lésion traumatique.

25. Dans sa réponse du 9 février 2009, l'intimée conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse. Elle précise que d'un point de vue orthopédique, aucune lésion susceptible d'expliquer les troubles n'a été mise en évidence dans les suites de l'accident, que ce soit à l'examen clinique ou à l'examen complémentaire du 12 juillet 2005. L'IRM du 31 janvier 2008 a d'ailleurs montré uniquement des troubles d'origine dégénérative, comme l'indique le Dr E\_\_\_\_\_. Le Dr G\_\_\_\_\_ avait également admis dans son rapport du 4

décembre 2008, qu'aucune lésion anatomique imputable à l'accident n'était documentée. D'un point de vue neurologique, le Dr E \_\_\_\_\_ avait expliqué que dans la mesure où aucun déficit neurologique n'était apparu dans les suites immédiates de l'accident, le traumatisme crânio-cérébral léger subi par le recourant ne pouvait avoir entraîné une atteinte durable. Le décours observé chez le recourant, qui avait rapidement pu reprendre son activité professionnelle correspond d'ailleurs à un traumatisme léger. S'agissant des céphalées, l'intimée fait valoir que le recourant avait présenté deux épisodes de cette nature avant l'accident, le dernier ayant débuté en avril 2005. Selon un rapport du Dr A \_\_\_\_\_ du 13 janvier 2009, versé à la procédure, le recourant n'avait formulé des plaintes plus spécifiques que lors de la consultation du 18 juillet 2005, où il décrivait des lancées occipitales. Ainsi, contrairement aux allégués du recourant, celui-ci souffrait de céphalées préexistantes, et comme le relève le Dr E \_\_\_\_\_, leur éventuelle péjoration ou une modification survenue courant juillet 2005 ne peut pas être imputé à l'accident au regard du délai trop long de latence. Selon l'intimée, l'appréciation du Dr E \_\_\_\_\_ a pleine valeur probante qu'aucun élément sérieux ne vient mettre en doute. Elle relève que le Dr C \_\_\_\_\_ a retenu un lien de causalité naturelle au motif que les troubles n'existaient pas avant l'accident. Selon l'intimée, cela n'est pas un moyen de preuve valable.

A l'appui de ses conclusions, l'intimée produit trois nouveaux rapports médicaux :

- A la demande de l'intimé, le Dr A \_\_\_\_\_ a expliqué, par courrier du 13 janvier 2009, que le recourant n'avait pas évoqué de perte de connaissance. Le recourant s'était plaint de céphalées occipitales à la consultation du 21 juin 2005. Le patient, dont il est le médecin traitant depuis novembre 1989, l'avait consulté en novembre 2003 pour des céphalées attribuées à des tensions musculaires. Le 22 avril 2005, il se plaignait à nouveau de céphalées apparues quatre jours plus tôt, attribuées à une irritation vertébrale entraînant des céphalées de tension musculaire. Un traitement de physiothérapie avait été prescrit. S'agissant du motif pour lequel il avait requis une IRM cervicale en juillet 2005, il a expliqué qu'en novembre 2003 et avril 2005, il n'y avait pas lieu d'ordonner un bilan radiologique au vu de la bénignité des symptômes. En raison de la persistance des céphalées attribuées alors aux suites de l'accident dans la piscine, il avait ordonné l'examen complémentaire, à la recherche d'une entorse cervicale. L'examen s'était révélé normal. S'agissant du diagnostic de « lésion cervicale possible » qu'il avait noté dans son rapport du 12 juillet 2005, il indique que l'examen clinique du 21 juin 2005 montrait, hormis une plaie du front et de l'aile du nez, un blocage complet des rotations gauche et droite de la colonne cervicale ainsi que de la flexion et de l'extension. L'examen neurologique était entièrement normal. Le blocage objectivé correspondait certainement à des contractures musculaires massives telles qu'on peut les rencontrer après ce genre de traumatisme en compression de la nuque. Ce n'est que début juillet 2005 que les contractures musculaires se sont progressivement

amendées. Lors de la consultation du 18 juillet 2005, le patient se plaignait de lancées de la région occipitale, presque quotidiennes, une à deux fois par jour, pendant quelques secondes. A l'examen clinique, le médecin avait noté une discrète limitation de la rotation cervicale droite douloureuse en fin de course. L'examen neurologique était tout à fait normal. Le médecin avait enseigné au patient des exercices de relaxation musculaire de la région cervico-scapulaire. En mars et avril 2007, le patient l'avait consulté pour des céphalées (sans douleur cervicale, ni occipitale). Le médecin avait constaté une hypertension artérielle modérée et persistante, ce qui avait motivé le début d'un traitement médicamenteux. Il n'avait plus vu le patient depuis lors.

- A la demande de l'intimée, le Dr DE D\_\_\_\_\_ a expliqué, par courrier du 19 janvier 2009, que les informations fournies se fondent sur le dossier du recourant, précisant à cet égard n'avoir jamais vu le patient. Il était stipulé dans le dossier que le recourant n'avait pas présenté de perte de connaissance après son impact à la tête. Par ailleurs, le diagnostic de traumatisme crânien simple était noté dans le dossier, ce qui implique l'absence de perte de connaissance et l'absence d'anomalies neurologiques à l'examen clinique au moment de la consultation. Enfin, l'évolution devait être réévaluée par le médecin traitant.

- Par rapport du 2 février 2009, le Dr E\_\_\_\_\_ a complété son appréciation du 22 janvier 2008. Il relève que les observations radiologiques du Dr F\_\_\_\_\_ du 31 janvier 2008 ne font ressortir aucun signe de lésions des structures neuronales liées à l'accident. Le Dr F\_\_\_\_\_ décrivait des modifications qui sont tout au mieux à considérer comme des modifications dégénératives. Par ailleurs, on ne pouvait retenir, sur la base des simples déclarations de témoins, que le recourant avait perdu connaissance, alors que les médecins ne l'avaient pas noté (rapports des Drs H\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_). Quoi qu'il en soit, même s'il y avait eu perte de connaissance, cela n'expliquerait pas un syndrome de céphalées aiguës ou chroniques. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, le Dr A\_\_\_\_\_ avait, dans son rapport du 16 mai 2008, modifié le diagnostic posé initialement, à savoir une « éventuelle distorsion de la colonne vertébrale cervicale ». Or, selon le Dr E\_\_\_\_\_, afin de clarifier les conséquences directes de l'accident, il convenait de prendre en compte les premières déclarations faites par le Dr A\_\_\_\_\_. Ainsi, il fallait plutôt retenir qu'au moment de l'accident, rien ne semblait évoquer un véritable traumatisme de la colonne vertébrale cervicale. Le Dr E\_\_\_\_\_ relève en outre que dans son rapport établi le 13 janvier 2009, le Dr A\_\_\_\_\_ fait état, depuis le 18 juillet 2005, de douleurs lancinantes d'une durée de quelques secondes à l'arrière du crâne. Pour le Dr E\_\_\_\_\_, ce nouveau symptôme, survenu plusieurs semaines après l'accident, n'est pas une conséquence probable de l'accident. Le Dr A\_\_\_\_\_ avait confirmé le 13 janvier 2009 n'avoir trouvé aucun signe d'atteintes neurologiques.

---

26. Par écriture du 4 mars 2008 (recte 2009), le recourant explique avoir soumis l'appréciation neurologique du Dr E \_\_\_\_\_ datée du 2 février 2009 au Dr G \_\_\_\_\_, lequel s'est déterminé dans un rapport en date du 3 mars 2009 auquel se réfère le recourant. Le Dr G \_\_\_\_\_ fait remarquer que le Dr F \_\_\_\_\_ a constaté une rectitude de la colonne cervicale depuis C2 jusqu'à C6. S'agissant de ce rapport, le Dr E \_\_\_\_\_ n'a pas relevé cette constatation et a conclu à l'absence de lésions des structures neuronales. Le Dr G \_\_\_\_\_ fait valoir qu'il n'y a cependant aucune opposition en l'absence de lésions des structures neuronales et une lésion organique ligamentaire ou osseuse ou une pathologie de la fonction de la colonne cervicale. Le Dr G \_\_\_\_\_ relève également que le Dr A \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une entorse cervicale, à savoir une distorsion de la colonne. Par ailleurs, le Dr E \_\_\_\_\_ considère que rien ne semblait évoquer un traumatisme de la colonne cervical, or pour le Dr G \_\_\_\_\_, cela revient à nier les circonstances de l'accident. Selon ce dernier, la description de douleurs à l'arrière du crâne et de douleurs occipitales reflètent la même symptomatologie. En outre, le Dr G \_\_\_\_\_ considère que la reprise du travail rapide ne doit pas être prise comme la signification d'une disparition des symptômes mais comme le reflet de la bonne volonté du recourant. Le Dr G \_\_\_\_\_ ajoute que dans son rapport, il avait effectivement omis de spécifier que les douleurs sont à gauche. Les limitations qu'il avait constatées en novembre 2008 ne sont pas neurologiques mais reflètent une dysfonction orthopédique. Comme l'avait relevé le Dr E \_\_\_\_\_, ce dernier avait exclu le diagnostic posé par le Dr G \_\_\_\_\_, en se fondant sur une appréciation neurologique. Il précise que dans la littérature médicale de chirurgie orthopédique, les références aux mécanismes d'accidents sont la règle et joint à ce propos des références doctrinales. Le Dr G \_\_\_\_\_ maintient son appréciation quant à la causalité des séquelles fonctionnelles et douloureuses liées à l'accident assuré.

Le recourant fait en outre valoir que l'intimée a rendu sa décision le 25 février 2008 sans avoir préalablement soumis au Dr E \_\_\_\_\_ les résultats de l'IRM du 31 janvier 2008. L'intimée savait par ailleurs que le dossier soumis au Dr E \_\_\_\_\_ était incomplet, dès lors qu'elle a précisé dans son mandat adressé à ce médecin en date du 22 octobre 2007 que les radios étaient introuvables.

27. Le 20 mai 2009 a eu lieu une comparution personnelle des parties. Le recourant explique que suite à la rechute de juillet 2007, il avait été en incapacité de travail pendant deux semaines. Après l'accident de juin 2005, les douleurs à la nuque ne sont jamais parties. Elles entraînent des maux de tête et ne sont pas plus fréquentes qu'auparavant. Il explique avoir signalé au médecin du Groupe médical d'Onex la perte de connaissance, mais le médecin ne l'avait pas noté. Il avait perdu conscience dans l'eau, et ses beaux-fils l'avaient sorti de la piscine. Entre le mois d'octobre 2005 et juillet 2007, il n'avait pas consulté de médecin pour les douleurs cervicales et les maux de tête. Les douleurs étaient cependant toujours présentes. Lorsque la douleur est forte, il prend du Voltarène. Le recourant précise qu'il a

certes déjà eu des maux de tête avant l'accident, mais ils étaient dus à une hausse de tension. Les maux de tête dues aux douleurs cervicales ne sont pas les mêmes. Elles sont violentes et brutales et se situent au même niveau de la tête. Depuis 2007, il n'avait pas eu de nouvelle crise, mais il les prévenait en prenant des médicaments dès les premiers symptômes.

L'intimée explique, quant à elle, n'avoir pas demandé l'apport du dossier de la Permanence d'Onex. Il fait valoir que le Dr D \_\_\_\_\_ et le Dr A \_\_\_\_\_ ont été interrogés quant à la perte de connaissance. L'intimé verse à la procédure la réponse du Dr D \_\_\_\_\_ datée du 19 janvier 2009. Quoi qu'il en soit, même s'il y avait eu une perte de connaissance, cela ne changerait rien au problème, comme le Dr E \_\_\_\_\_ l'avait indiqué. L'intimée précise que le recourant avait consulté le Dr A \_\_\_\_\_ en raison de céphalées attribuées à des tensions musculaires.

Enfin, les parties ont persisté dans leurs conclusions.

28. Sur ce, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).

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

2. La 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune

modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).
4. Le litige porte sur le point de savoir s'il existe un lien de causalité entre les plaintes annoncées par le recourant en juillet 2007 et l'accident survenu le 19 juin 2005.
5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

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

---

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

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; ATFA non publié du 18 novembre 2005, U 80/05).

6. a) En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). Les parties sont donc en principe - sous réserve du devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire - dispensées de l'obligation de prouver (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Pour autant, elles ne sont pas libérées du fardeau de la preuve, en ce sens qu'en cas d'absence de preuve, la décision sera défavorable à la partie qui voulait déduire un droit de l'état de fait non prouvé (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références; RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les

documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la SUVA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss. consid. 3b/ee). Par ailleurs, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

7. En l'occurrence, le recourant est d'avis que les douleurs cervicales et les céphalées sont dues à l'accident assuré. Il se fonde pour cela sur l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Pour sa part, l'intimée soutient en se référant à l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, en psychiatrie et psychothérapie, que les troubles présentés par le recourant ne sont pas en lien avec l'accident.

La lecture attentive des rapports établis par le Dr E\_\_\_\_\_ conduit le Tribunal de céans à constater que les conclusions auxquelles aboutit ce médecin ne convainquent pas, et ce pour plusieurs raisons.

Ce médecin exclut en effet que l'accident survenu le 19 juin 2005 ait entraîné une atteinte durable, au motif que dès le 4 juillet 2005, le recourant a recouvré une pleine capacité de travail et qu'aucun traitement n'a plus été nécessaire dans la période qui a suivi (rapport du 22 janvier 2008 du Dr E\_\_\_\_\_). Or, il ressort des pièces versées à la procédure que le recourant a encore consulté son médecin traitant, le Dr A\_\_\_\_\_, en raison des suites de l'accident les 7 et 18 juillet, ainsi que le 20 septembre 2005. De surcroît, lors de cette dernière consultation, une douleur à la nuque persistait et le médecin traitant a préconisé la poursuite des séances de physiothérapie dans un but antalgique (rapport du 16 mai 2008 du Dr A\_\_\_\_\_).

En outre, le Dr E\_\_\_\_\_ exclut le diagnostic de syndrome de céphalées post-traumatiques aigües au motif qu'aucun syndrome de céphalées n'aurait été médicalement attesté dans les sept jours qui ont suivi le traumatisme crânien. Or, le 21 juin 2005, soit deux jours après l'accident, le recourant se plaignait de céphalées occipitales. En outre, vu leur persistance, une IRM de la colonne cervicale a été sollicitée en juillet 2005 (rapport du 13 janvier 2009 du Dr H\_\_\_\_\_).

De surcroît, le Dr E\_\_\_\_\_ est d'avis que l'accident n'a pas entraîné une lésion notable du rachis cervical (telle qu'une contusion ou une entorse), car les premiers documents établis après l'accident ne feraient pas état de douleurs ou de constatations pathologiques au niveau du rachis cervical. Or, contrairement à ce qu'indique ce médecin, les cervicales ont tout de suite été expressément mentionnées comme étant une des parties du corps atteinte par l'accident (déclaration d'accident du 21 juin 2005). Par ailleurs, le médecin traitant a constaté un blocage cervical majeur avec syndrome vertébral et indiqué l'éventualité d'une lésion cervicale. En outre, le traitement prodigué a consisté notamment en le port d'une collerette cervicale et de la physiothérapie (rapport du Dr A\_\_\_\_\_ du 12 juillet 2005). Interrogé plus précisément sur les constatations qu'il avait effectuées, le médecin traitant a expliqué que le recourant se plaignait notamment de cervicalgies et de douleurs occipitales. Il avait constaté un blocage complet de la nuque (rotations gauche et droite, inflexion latérale et flexion/extension) et des contractures musculaires importantes (rapport du 16 mai 2008 du Dr A\_\_\_\_\_).

Pour tous ces motifs, le Tribunal de céans est d'avis que les rapports du Dr E\_\_\_\_\_ ne répondent pas aux exigences de valeur probante posées par la jurisprudence, de sorte que l'on ne peut s'en tenir à ses conclusions.

Par ailleurs, le Tribunal de céans ne saurait, sans autres investigations, s'en tenir aux conclusions auxquelles a abouti le Dr G\_\_\_\_\_, dès lors qu'il subsiste de nombreuses zones d'ombre qu'il convient au préalable d'éclaircir, tel que notamment le déroulement exact de l'accident survenu le 19 juin 2005 (en

particulier la question de savoir si le recourant a, comme il le prétend, perdu connaissance) ainsi que les plaintes dont il a fait état auprès du premier médecin consulté, dont on ignore également le nom, puisque contrairement à ce qu'allèguent les parties, le Dr D\_\_\_\_\_ n'a jamais vu le recourant (rapport du 19 janvier 2009 du Dr D\_\_\_\_\_). On relèvera à ce sujet qu'il aurait été judicieux de la part de l'intimée qu'elle requière une copie du dossier du recourant auprès du Groupe médical d'Onex. Il conviendrait également de savoir s'il est effectivement possible qu'une lésion ait été méconnue lors de l'IRM effectuée en juillet 2005, comme le fait valoir le Dr G\_\_\_\_\_. A cet égard, compte tenu du rapport très succinct établi par le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, le 13 juillet 2005, il conviendrait de rechercher les clichés de l'IRM, et si cela se révèle impossible, d'interroger à tout le moins ce médecin sur l'examen qu'il a effectué.

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate qu'il n'est, en l'état, pas possible d'admettre ou d'exclure au degré de la vraisemblance prépondérante que l'accident survenu le 19 juin 2005 a entraîné les troubles annoncés en juillet 2007.

8. Il conviendra en conséquence d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans les meilleurs délais. L'intimée devra notamment requérir auprès du Groupe médical d'Onex une copie du dossier du recourant, interroger le Dr B\_\_\_\_\_ sur l'examen pratiqué le 12 juillet 2005 et à qui les clichés ont été remis, puis soumettre le recourant à une expertise médicale orthopédique effectuée par un médecin indépendant qui se prononcera sur la question du lien de causalité naturelle entre les troubles annoncés en juillet 2007 par le recourant et l'accident assuré.
9. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 4'000 fr. (art. 61 let. g LPGa).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de la SUVA du 30 septembre 2008.
4. Renvoie la cause à la SUVA pour instruction médicale complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne la SUVA à payer au recourant la somme de 4'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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 ; RS 173.110); 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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