REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4709/2006 **ATAS/654/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 8 juin 2007

En la cause

Monsieur M_____, domicilié , F - 74350 ALLONZIER LA CAILLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BOVAY Marianne	Recourant

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente, Monique STOLLER FÜLLEMANN et Christine BULLIARD MANGILI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après le recourant), né en 1956, travaillait en qualité de technico-commercial pour le compte de X_____ S.A., depuis le 3 janvier 2005. Il était, à ce titre, assuré auprès de la SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après la SUVA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

2. Le recourant a été hospitalisé aux (ci-après "établissement hospitalier") du 6 au 11 janvier 2005, dans le service de neurochirurgie, suite à un accident de la voie publique le 6 janvier 2005. Selon les médecins des "établissement hospitalier", la capacité de travail du recourant était nulle du 6 janvier 2005 au 30 janvier 2005, puis elle devait être totale.

3. Par déclaration d'accident datée du 25 janvier 2005, l'employeur a annoncé à la SUVA l'accident survenu le 6 janvier 2005. Alors qu'il circulait à voiture, le recourant a glissé sur une plaque de verglas et s'est retrouvé contre un arbre.

4. En date du 28 janvier 2005, le Dr A_____, médecine générale - médecine du sport, médecin traitant du recourant, a prolongé l'arrêt de travail du recourant jusqu'au 13 février 2005 à 100%.

5. En date du 9 février 2005, le recourant a répondu à un questionnaire complémentaire. Il ne se souvenait plus de l'accident. On lui a dit qu'il avait heurté un arbre sur une route enneigée. Il portait sa ceinture de sécurité. Sa capacité de travail devait être totale dès le 14 février 2005. Il était encore en traitement continu.

6. Dans le rapport du 15 février 2005, le Dr A_____ a posé comme diagnostic un accident de la voie publique avec tétraparésie transitoire et récupération complète. Il a constaté essentiellement une cervicarthrose C5-C6 sévère évoluant indépendamment, une omarthrose droite, et des lombalgies chroniques (arthrose connue). Le bilan neurologique était bon.

7. Dans le rapport du 17 février 2005, le Dr B_____, médecin spécialiste FMH, neurochirurgien aux "établissement hospitalier", a diagnostiqué une contusion centro-médullaire cervicale. Il a joint le rapport de sortie établi par le Dr MANTOKOUDIS, médecin interne, et lui-même, en date du 12 janvier 2005. Il en ressort que le recourant a été victime d'un accident de la voie publique dans des circonstances peu claires avec un choc frontal violent. Il a été retrouvé inconscient et tétraplégique d'emblée, raison pour laquelle il a été transféré aux "établissement hospitalier". L'examen neurologique à l'arrivée montrait un patient éveillé avec un Glasgow coma scale à 15, des pupilles isocores isoréactives, une hypoacousie à droite et une hypoesthésie de l'hémiface à droite. Des examens complémentaires ont été effectués. Un scanner de la colonne cervicale du 6 janvier 2005 indiquait

une cervicarthrose avec ostéophyte et discopathie sévère, surtout au niveau C5-C6. Cet examen ainsi que le scanner lombaire ne montraient pas de fracture visible. Le scanner lombaire signalait des troubles dégénératifs. Selon le scanner cérébral, il n'y avait pas d'hémorragie, ni d'effet de masse, ni de contusion. Enfin, l'imagerie par résonnance magnétique (ci-après IRM) effectuée le 7 janvier 2005 ne relevait pas de contusion centro-médullaire visible, ni de dissection vertébrale. Aucune intervention n'avait eu lieu. Selon les médecins, l'évolution a été très favorable, toute la symptomatologie étant réversible. Ils ont exclu le syndrome de conversion, par un bilan psychiatrique. L'examen d'échodoppler était sans particularité. Ils ont indiqué que bien que l'IRM ne montrait pas de signe de contusion médullaire, ils retenaient une contusion centro-médullaire avec parésie surtout dans le membre supérieur distal.

8. Dans le rapport d'enquête de la SUVA du 15 mars 2005, le recourant a indiqué qu'il avait souffert de lombagos en 1996 ou 1997, que les troubles du dos étaient connus par la SUVA suite à l'accident survenu le 8 novembre 2001. Il a répété ne pas se souvenir de l'accident, mais que selon des témoins sa voiture aurait glissé sur du verglas et est allée percuter un arbre. Il a tenté de reprendre le travail le 14 février 2005, mais il a été remis en arrêt total de travail dès le 21 février 2005. Il reprenait des anti-dépresseurs depuis cet accident, alors qu'il avait arrêté de les prendre depuis octobre 2004 à la suite de troubles d'hernie hiatale dont il avait souffert. Il se plaignait de maux de tête persistants et "pertinents", vertiges, nausées, douleurs dans les membres supérieurs et fourmillements dans les mains, douleurs intenses au niveau des cervicales, haut du dos et des épaules, syndrome subjectif, perte de mémoire (récente).

9. Dans le rapport du 28 avril 2005, le Dr A_____ a posé comme diagnostic un accident de la voie publique le 6 janvier 2005, avec contusion médullaire tétraplégiante, récupération rapide, un syndrome subjectif des traumatismes crâniens dans les suites immédiates, un syndrome subjectif polysymptomatique avec sensations de vertiges, nausées, insomnies, douleurs centrifuges à départ cervical jusqu'aux mains, céphalées classiques, dysesthésies aux extrémités des membres supérieurs. Il a indiqué que "dès 1986, des tomodensitométries cérébrale et cervicale avaient été réalisées et refaites 1991 pour une pathologie assez semblable, rechute en 2001". Il a prescrit au recourant des patsch de Durogésic, pour calmer ses douleurs. Il a informé qu'une consultation par le neurochirurgien a eu lieu, elle confirmait l'état subjectif ou fonctionnel. Selon ce médecin, "l'appréciation clinique du cas est très délicate du fait des antécédents réitérés dans le même territoire mais aussi de l'existence indiscutable d'un cervicarthrose sévère. Le patient ne présente aucun item psychiatrique. Dans l'état actuel, il est impossible de faire un pronostic évolutif. La nécessité de prescrire des opiacés est plutôt inquiétante".

10. Dans le rapport du 3 mai 2005, le Dr C_____, spécialiste FMH - chirurgie, médecin d'arrondissement à la SUVA Genève, a rappelé que le recourant avait fait une chute dans les escaliers avec traumatisme crânio-cérébral et perte de connaissance brève, en date du 8 novembre 2001, et avait souffert d'une contusion dorso-cervicale. Il a également été victime d'une chute en VTT le 31 octobre 2004 avec blessure au bras droit. Dans son appréciation du cas, il a indiqué que le recourant avait été "victime d'un accident de la voie publique au volant de sa voiture le 6 janvier 2005 avec probable perte de connaissance et installation d'une tétraparésie transitoire ayant récupéré totalement, faisant suspecter une contusion centro-médullaire cervicale qui n'a pas été confirmée par les examens morphologiques (scanner et IRM cervicale)". Il a mentionné les antécédents du recourant, à savoir une cervicarthrose C5-C6 sévère évoluant indépendamment et des lombalgies chroniques sur arthrose connue. L'examen clinique indiquait une autolimitation importante et l'examen neurologique ne mettait pas en évidence de déficit, ce qui était confirmé par un examen neurochirurgical récent. Il a également indiqué que le recourant avait été licencié et qu'il présentait un syndrome polyalgique et dépressif qui semblait sérieux pour le médecin, alors que tous les examens complémentaires pratiqués jusqu'à ce jour n'avaient mis en évidence aucune lésion de type traumatique. Le médecin a proposé au recourant un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) pour évaluation globale et consultation spécialisée. Selon ce médecin, l'incapacité de travail était tout à fait justifiée.

11. Le recourant a été hospitalisé du 8 juin au 26 juillet 2005 à la CRR. Le rapport a été établi par la Dresse AMAR, médecin assistant, et le Dr D_____, chef de service, spécialiste FMH en neurologie. Le diagnostic primaire était une réadaptation neurologique, et, comme diagnostics secondaires, un accident de la voie publique du 6 janvier 2005 avec traumatisme crânio-cérébral léger avec céphalées de tension, une contusion centro-médullaire avec tétraparèsie transitoire et cervicarthrose prédominant en C5-C6, et comme co-morbidités, un syndrome anxio-dépressif, une contusion dorso-lombaire et traumatisme crânio-cérébral léger en novembre 2001, une épicondylite du coude droit en octobre 2004, et une hernie hiatale opérée le 28 mai 2004. Les médecins ont constaté un défaut de statique de la colonne dorsale, avec une gibbosité dorsale, une diminution d'amplitude au niveau de la colonne cervicale, légère en rotation D-G et en inclinaison latérale D-G avec des douleurs importantes alléguées en fin d'amplitudes. Au status neurologique, ils ont retenu un trouble de la sensibilité thermo-algique et de la paume et de la face des deux mains, associé à des paresthésies. L'étude des potentiels évoqués somesthésiques, réalisée le 22 juin 2005, retrouvait des potentiels normaux au membre supérieur droit, mais une importante prolongation de latence centrale au membre supérieur gauche, confirmant une atteinte centrale. Concernant le traumatisme crânio-cérébral léger, un examen neuropsychologique a mis en évidence des performances cognitives, dans les limites de la norme pour tous les

domaines investigués. Une rééducation neuropsychologique n'était donc pas nécessaire. Ils ont axé la rééducation sur la prise en charge du problème cervical qui se caractérisait principalement par la persistance de cervicalgies et d'hémicrânies à prédominance droite, ainsi que des paresthésies des mains avec sensation de faiblesse. Les médecins ont par ailleurs suspecté la présence de névralgies d'Arnold D en raison de douleurs électives à la palpation de l'émergence de ce nerf. Du point de vue médicamenteux, tous les médicaments instaurés ont été mal tolérés, d'où l'arrêt. Un consilium psychiatrique a retenu chez le recourant des antécédents de syndrome dépressif en 2004 et une prédisposition anxieuse. Le tableau évoquait un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, à prédominance anxieuse. Ils ont indiqué que le recourant n'avait jamais pu dépasser deux heures de travail consécutif, quelles que soient les activités proposées, alléguant des céphalées occipitales et des cervicalgies. Ils ont proposé au recourant de pouvoir bénéficier d'une consultation au centre d'anti-douleur de Morges, auprès du Dr E_____, chef de clinique, service d'anesthésiologie et antalgie. Selon ces médecins, "la seule limitation de la reprise d'une activité pour l'instant est la persistance de cervicalgies et de névralgies D. En ce qui concerne la contusion centro-médullaire celle-ci ne se traduit que par une anomalie des potentiels évoqués sensitifs du MSG et une hyperréflexie. Il n'y a plus de troubles cognitifs. Par conséquent si les plaintes douloureuses du patient peuvent être améliorées, il pourrait reprendre une activité de commercial sans limitation". La capacité de travail dans la profession de technico-commercial était de 0%.

12. Par courrier du 2 août 2005, le Dr E_____, relève que le recourant présente des céphalées vraisemblablement cervicogéniques. Il existait un syndrome dépressif et au vu de l'absence de cause organique à ces symptômes, il n'y avait pas d'indication à des procédures d'antalgie interventionnelle. Il ne lui semblait pas que les éléments psycho-sociaux et non organiques jouaient un rôle prédominant dans le cas du recourant et que par conséquent, une prise en charge médicamenteuse plutôt qu'instrumentale devait être privilégiée.

13. Dans le rapport du 21 septembre 2005, le Dr C_____ a indiqué que l'examen clinique qu'il avait effectué était superposable à celui de la CRR. Il a constaté que le syndrome douloureux perdurait. Donc la situation n'était pas stabilisée, et l'incapacité de travail était justifiée. Il a proposé de revoir le recourant une année après son accident avec, entre temps, une actualisation des renseignements médicaux de la part de l'administration.

14. En date du 10 octobre 2005, le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, d'une rééducation dans la même profession, et d'un placement.

15. Par courrier du 1er novembre 2005, adressé au Dr C_____, le Dr F_____ a signalé que les conséquences fonctionnelles sensitivomotrices se résumaient à un "syndrome douloureux subjectif cervico-occipital avec céphalées frontales, entraînant secondairement des troubles du sommeil irréguliers, ainsi qu'une asthénie variable; un PEV somesthiques avec importante prolongation latence centrale au MSG: SF : paresthésies; névralgie d'ARNOLD: le traitement chirurgical est jusqu'alors controversé, étant donné l'aspect aléatoire du résultat". Selon ce médecin, la répercussion psychologique était essentiellement "liée à l'inaptitude vécue à pouvoir reprendre un emploi correctement". Le recourant montrait une forme d'impatience, une relative dysphorie, et également des troubles du sommeil, une asthénie diurne, mais l'état dépressif initial était soldé, tout comme des troubles mnésiques précoces. Le médecin estimait qu'il était trop tôt pour les démarches à l'assurance-invalidité, étant donné "la potentielle curabilité des troubles". Autrement, une reconversion serait à étudier.

16. Dans son appréciation neurologique du 20 avril 2006, la Dresse G_____, médecin-conseil spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que le recourant avait sans aucun doute subi un traumatisme crânio-cérébral léger ainsi qu'une contusion de la moelle cervicale avec paralysie transitoire des quatre membres, plus marquée aux jambes et à droite. Elle a considéré qu'il s'agissait d'un syndrome douloureux cervicocéphalique (qui est plus marqué à droite). Selon ce médecin, en raison du déroulement de l'accident et de l'évolution des symptômes, il existait une relation causale naturelle avec les douleurs irradiantes apparues par la suite. Les documents dont elle disposait ne montraient pas que l'arthrose préexistante avait provoqué des douleurs invalidantes avant l'accident. Le recourant se plaignant de douleurs irradiant dans les deux bras, elle s'est demandé si une syringomyélie ne s'était pas développée entre temps comme séquelle du traumatisme. Une IRM à la recherche d'une syringomyélie devait être réalisée. Selon ce médecin, il n'existait pas de névralgie occipitale vraie. L'accident du 6 janvier 2005 avait provoqué une lésion de la moelle cervicale qui n'entraînait plus de restrictions, sous réserve de l'apparition d'une syringomyélie entre-temps. Le médecin a considéré que "les cervicalgies et les maux de têtes actuels sont en premier lieu imputables à l'accident, dans la mesure où l'arthrose cervicale de l'assuré était pour une large part asymptomatique avant ledit accident. La question d'une chronicisation par des facteurs étrangers à l'accident doit faire l'objet d'une nouvelle appréciation clinique de l'évolution". Enfin "la relation entre les maux de tête, pour autant qu'ils existaient encore, et le traumatisme crânio-cérébral n'est pas probable".

17. Dans le rapport du 21 avril 2006, le Dr A_____ a posé comme diagnostic un syndrome cervical post-traumatique chronique. Le recourant présentait une persistance de tous les items précédemment décrits. Il a considéré qu'ils s'aggravaient par leur rapidité de survenance au moindre effort (principalement les céphalées). Le recourant était en instance de scapuloplexie droite pour pash sévère. Pour le surplus, il s'est référé à son rapport du 28 avril 2005.

18. Lors de l'entretien téléphonique du 6 juin 2006 avec un représentant de la SUVA, le recourant a signalé qu'il s'était déchiré le tendon de la coiffe de l'épaule droite, et que les médecins lui auraient dit que le tendon avait lâché, dû à l'usure, et n'était donc pas en relation avec l'accident du 6 janvier 2005. Ces troubles ont été pris en charge par l'assurance-maladie du recourant.

19. Dans le rapport du 10 juillet 2006, le Dr C_____ a constaté que le recourant se plaignait de troubles de la mémoire des événements récents, apparemment de troubles visuels. Il a rappelé que les investigations neuropsychologiques effectuées lors du séjour à la CRR n'avaient mis en évidence aucune limitation compte tenu du traumatisme crânio-cérébral léger. Le recourant a indiqué ressentir des décharges sur le coté droit. L'examen neurologique effectué le jour même ne montrait aucun déficit moteur, tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs et des réflexes ostéo-tendineux vifs et symétriques. Il n'y avait aucun trouble grossier au niveau des nerfs crâniens. S'agissant des céphalées, aucune investigation complémentaire n'avait encore été réalisée. Le médecin a signalé que l'IRM cervicale effectuée récemment ne montrait aucun signe d'une quelconque myélopathie cervicale. Il a relevé que les plaintes prédominantes chez le recourant étaient les maux de tête et les cervicalgies subjectives. Il a considéré qu'il était face à une chronicisation des douleurs, sans substrat organique d'origine traumatique clairement établi. En ce qui concerne l'appareil locomoteur, plus précisément la colonne vertébrale, selon le médecin, il n'y a plus d'incapacité de travail comme agent commercial compte tenu de la radiologie infirmant toute myélopathie ou lésion osseuse d'origine traumatique. Il a enfin indiqué que s'agissant de l'intervention au niveau de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, la SUVA n'était pas du tout concernée.

20. Dans son appréciation du 19 juillet 2006, le Dr H_____, spécialiste en neurologie et en psychiatrie, médecin à la SUVA, a indiqué que les maux de tête dont le recourant se plaignait n'avaient pas de lien de causalité avec l'accident. Le médecin n'a constaté ni de lésion osseuse ou structurelle du rachis cervical proprement dit, ni de lésion médullaire cervicale. D'un point de vue neurologique, le traumatisme médullaire du rachis cervical a été suivi d'une restitutio ad integrum. Le médecin a supposé que le recourant présentait une commotion cérébrale sous forme d'une "mild traumatic brain injury" (ci-après MTBI) de degré 1 à 2. En effet, le recourant était conscient sans être orienté de manière sûre sur les lieux mêmes de l'accident. En se référant aux critères de l'International Headache Societies (IHS), on ne pouvait pas poser le diagnostic d'une céphalée post-traumatique. Les pièces du dossier ne faisaient état d'aucune doléance sous forme de mal de tête qui serait apparu au cours de la première semaine suivant l'accident et qui serait semblable aux céphalées qui avaient été décrites plus tard par le recourant. Le médecin a indiqué que l'hypothèse de névralgie du nerf trijumeau émise par le Dr A_____ n'était pas convaincante, car l'anamnèse détaillée ne relevait aucun indice suggestif de douleurs névralgiques au sens strict du terme. D'un point de vue

neurologique, les troubles dont le recourant avait fait état auprès du Dr C_____ s'expliquaient entièrement par les modifications dégénératives du rachis cervical qui préexistaient depuis longtemps déjà. Il était possible que le recourant ait souffert d'une commotio spinalis ou d'une discrète contusio spinalis dans le cadre de l'accident du 6 janvier 2005. Il a rappelé que le recourant présentait depuis le mois de mars 2005 une récidive d'un état dépressif. Le médecin a estimé qu'il était possible que cet épisode dépressif ait entraîné une perception accrue de symptômes somatiques et il n'a pas exclu que cet état ait entravé la maîtrise de troubles d'origine corporelle. Un examen psychiatrique lui semblait judicieux, afin de savoir si les symptômes psychiatriques apparus après l'accident du 6 janvier 2005 avaient un lien avec cet événement. D'un point de vue neurologique, il n'y avait pas à établir de limitations à la capacité de conduire un véhicule automobile. Selon le médecin, en raison des investigations de contrôle qui ont été effectuées et qui n'ont montré "aucun indice révélateur de suites d'accident", on pouvait parler de "status quo sine".

21. Par décision du 26 juillet 2006, la SUVA a informé le recourant qu'elle allait mettre un terme aux prestations d'assurance avec effet au 31 juillet 2006, car le recourant ne présentait plus de séquelles consécutives à l'événement accidentel du 6 janvier 2005. Elle retirait l'effet suspensif à une éventuelle opposition.

22. Par courrier du 25 août 2006, le recourant a formé opposition à la décision du 26 juillet 2006. Il a conclu à l'annulation de la décision, à la restitution de l'effet suspensif, à l'ordonnance d'une expertise neurologique et psychiatrique tendant à déterminer quelles étaient les lésions consécutives à l'accident du 6 janvier 2005, à l'octroi d'indemnités journalières jusqu'à droit jugé au fond et à l'allocation de dépens. Le recourant a contesté le rapport du Dr H_____, car les conclusions de ce rapport étaient en contradiction avec celles des autres médecins. De plus, le Dr H_____ n'était pas neutre car il travaillait pour l'intimée. Selon le recourant, la causalité devait être admise, même son médecin traitant l'avait clairement attesté par certificat du 4 août 2006, qu'il produit. S'agissant de l'expertise, il a souhaité qu'elle soit confiée à un médecin indépendant. Enfin, le recourant a indiqué que la décision violait l'art. 10 LAA, car il avait encore besoin de traitements résultants de l'accident.

23. Par décision sur opposition du 14 septembre 2006, l'intimée a rejeté l'opposition et a confirmé la décision du 26 juillet 2006. En ce qui concerne les troubles à la colonne cervicale, l'IRM et les radiographies, pratiquées le 19 juin 2006, ont confirmé la présence d'altérations dégénératives importantes antérieures à l'accident du 6 janvier 2005 et établi l'absence de toute lésion osseuse ou médullaire. Quant aux maux de tête, l'intimée a indiqué que le Dr H_____ avait clairement exclu leur étiologie accidentelle car il n'y a pas eu de mal de tête au cours de la première semaine semblable aux céphalées décrites ultérieurement par le recourant. L'intimée a rappelé que le fait que le recourant ait subi un traumatisme crânio-

cérébral mineur justifiait un examen de la causalité adéquate en application des critères développés à l'ATF 115 V 133, et non pas à celle relative au "coup du lapin". Dans ce contexte, une expertise psychiatrique était inutile. L'accident était de gravité moyenne, et les lésions physiques subies n'étaient pas graves et donc pas de nature à entraîner des troubles psychiques. Le traitement médical des séquelles physiques n'avait pas été anormalement long ou entaché d'erreurs entraînant une aggravation notable des séquelles accidentelles. Enfin, l'incapacité de travail aux atteintes organiques ne pouvait être qualifiée de longue. Par conséquent, en l'absence de troubles organiques rapportables à l'accident du 6 janvier 2005 et à défaut de pouvoir admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate - notion juridique - entre ledit sinistre et une éventuelle surcharge psychique, il en résultait que l'on pouvait nullement établir l'existence de troubles engageant la responsabilité de la SUVA à compter du 1er août 2006.

24. En date du 7 décembre 2006, le Dr I_____ a certifié que le recourant pouvait reprendre son activité professionnelle dès le 2 janvier 2007, suite à son intervention chirurgicale de l'épaule droite.

25. En date du 14 décembre 2006, le recourant a interjeté recours devant le Tribunal de céans contre la décision sur opposition du 14 septembre 2006, en concluant principalement à son annulation, à l'octroi des prestations de l'assurance-accidents sous forme de prise en charge du traitement médical et le versement d'indemnités journalières, à la condamnation de la SUVA aux dépens. Il a conclu subsidiairement au renvoi de la cause à la SUVA afin qu'elle statue sur l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a contesté le rapport du Dr H_____, qui était le seul à conclure à l'absence de relations entre l'accident et les douleurs décrites. En effet, selon le recourant ce médecin s'est fondé sur des constatations erronées. Un examen psychiatrique n'avait pas été mis en œuvre par la SUVA alors que le Dr H_____ l'avait estimé judicieux. Selon le recourant, l'existence d'un trouble psychique consécutif à l'accident devait être admis car il remplissait tous les critères jurisprudentiels.

26. Dans sa réponse au recours datée du 5 mars 2007, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition. Les rapports médicaux concouraient tous à écarter la persistance d'un lien de causalité vraisemblable entre les céphalées et l'accident. S'agissant des troubles psychiques, l'intimée s'était basée sur les critères dégagés dans l'ATF 115 V 133, pour examiner la causalité adéquate. Selon l'intimée, aucun des critères jurisprudentiels permettant d'établir un lien de causalité adéquate n'était satisfait. Il lui paraissait également inutile d'instruire davantage ces critères. Elle produit notamment l'appréciation neurologique du 20 février 2007 du Dr H_____, selon laquelle les appréciations du Dresse G_____ et les siennes n'étaient pas divergentes. Il a conclu qu'il n'y avait pas de lésion durable ou considérable du système nerveux, et que, sur le plan

neurologique, il n'y avait aucune limitation significative de sa capacité de travail, à la suite de l'accident du 6 janvier 2005.

27. Le Tribunal de céans a procédé à la comparution personnelle des parties, qui s'est tenuE le 3 avril 2007. À cette occasion, le recourant a expliqué son parcours professionnel. Il a précisé que la demande de prestations d'assurance invalidité est en cours, et qu'il avait reçu des prestations de la sécurité française sur la base d'une invalidité de deux tiers en raison de l'arthrose cervicale. À l'instigation du Tribunal, les parties ont entrepris des pourparlers qui n'ont toutefois pas abouti.

28. Par conséquent, les parties ont été informées en date du 16 avril 2007 que la cause était gardée à juger.

29. Toutefois, par pli du 3 mai 2007 le recourant a transmis au Tribunal de céans divers documents, établissant sa totale incapacité de travail et faisant état d'un diagnostic de névralgies, de fibromyalgie, et d'éléments psychogènes surajoutés à traduction anxio dépressive dont l'origine reste assez mystérieuse. Ces documents ont été transmis à l'intimée, qui a elle-même répondu au recourant le 25 mai 2007, avec copie pour le Tribunal.

***

EN DROIT

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

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003 est applicable au cas d'espèce.

3. Le recours a été déposé dans les délai et forme légaux, de sorte qu'il est recevable (art. 56 et 60 LPGA, 106 LAA).

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à supprimer au 31 juillet 2006 le droit du recourant à des prestations d'assurance.

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. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante), ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n°°141).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

   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).

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, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

De plus, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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. Étant 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; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

7. En l'espèce il ressort de l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier que le recourant souffrait déjà avant l'accident d'une cervicarthrose C5-C6 et de discopathies, soit de troubles dégénératifs (cf. A_____, février et avril 2005, MANTOKOUDIS, janvier 2005), d'antécédent de dépression et de prédispositions anxieuses (CRR juillet 2005, A_____ avril 2005). Un trouble de l'adaptation mixte a été évoqué par ailleurs par la CRR, bien que non investigué, et l'on parle d'une inaptitude vécue à reprendre un travail correctement (SARRAZIN, novembre 2005). Un syndrome douloureux subjectif, un syndrome douloureux persistant et une fibromyalgie sont par ailleurs également évoquées (SARRAZIN, CRR, SECURITE FRANCAISE). À noter que les médecins-conseils de la SUVA, dont

les rapports ne prêtent pas le flanc à la critique, n'ont fait que reprendre les diagnostics posés et les appréciations effectuées par les différents médecins, dont les médecins traitants du recourant.

Ces diagnostics ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident, ce qui ne remet aucunement en cause l'incapacité totale de travail du recourant mais rend celle-ci davantage du ressort de l'assurance invalidité que de l'assurance accident. En effet, les maux de tête et céphalées sont cervico-géniques (cf. BUCHSNER, août 2005) et le syndrome douloureux est influencé par le syndrome dépressif.

8. Certes, on ignore quel est le diagnostic psychiatrique exact, mais des investigations ne sont pas nécessaires, car d'une part, s'il s'agit d'un trouble de l'adaptation mixte il est peu vraisemblable qu'il soit en lien avec l'accident ; d'autre part, la causalité adéquate ne serait quoi qu'il en soit pas remplie.

   En effet, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

   En présence d'un accident de gravité moyenne, comme en l'espèce, 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).

   En cas d'atteintes à la santé (sans preuve de déficit organique) consécutives à un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, un traumatisme analogue (SVR 1995 UV no 23 p. 67 consid. 2) ou un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les critères énumérés aux ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b

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

Certes, il convient de faire exception à ce principe et d'appliquer la jurisprudence exposée au consid. 6 ci-dessus (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 490 consid. 5c/aa), en distinguant entre atteintes d'origine psychiques et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique. Mais l'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 99 consid. 2a; RAMA 2002 n° U 465 p. 439 consid. 3b). Il convient de procéder de même lorsque l'accident n'a fait que renforcer les symptômes de troubles psychiques déjà présents avant cet événement (RAMA 2000 n° U 397 p. 327), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin», d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b).

9. Quoi qu'il en soit ici, on doit constater que les critères jurisprudentiels font largement défaut car il n'y a pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou de caractère particulièrement impressionnant de l'accident; les lésions physiques ne sont pas d'une gravité ou d'une nature particulière; la durée du traitement médical n'est pas anormalement longue ; il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ni de difficultés apparues au cours de la guérison ou de complications importantes; il n'y a plus d'incapacité de travail totale dans une activité adaptée due aux lésions physiques; seul, en définitive, le critère des douleurs physiques persistantes est rempli, ce qui est insuffisant pour retenir une causalité adéquate.

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

Le greffier : La Présidente :

Pierre RIES Isabelle DUBOIS

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