RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/773/2004 **ATAS/69/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 26 janvier 2006

En la cause

Monsieur B_____, comparant par Maître Isabelle PONCET CARNICE, en l'étude de laquelle il fait élection de domicile	recourant
contre	
GENERALI ASSURANCES, rue de la Fontaine 1, à Genève	intimée

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente;
Mesdames Juliana BALDE et Valérie MONTANI, juges

EN FAIT

1. Monsieur B_____, ressortissant français né en février 1950, travaillait depuis septembre 1998 en qualité de chef de service au C_____; à ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de GENERALI ASSURANCES (ci-après l'assurance-accidents).

2. En date du 22 novembre 2000, il a été victime d'un accident professionnel. En sortant d'un bureau, il a glissé à terre, s'est tordu le pied, cogné la tête contre le mur et le dos sur les escaliers. Il a été soigné le même jour par le Dr A_____, interniste, qui a prescrit un arrêt total de travail.

3. Dans un rapport LAA du 7 février 2001, son médecin traitant, le Dr B_____, interniste, a diagnostiqué une hernie L5-S1, provoquant des lombosciatalgies droites hyperalgiques.

4. L'assuré a été licencié avec effet au 30 juin 2001 suite à la fermeture de l'établissement C_____.

5. Par décision du 6 septembre 2001, l'assurance-accidents a nié le droit de l'assuré à des prestations suite à l'accident du 22 novembre 2000, au motif qu'il n'était pas établi avec vraisemblance que ledit évènement ait provoqué la hernie discale; en conséquence, le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé ne pouvait être qualifié que de probable.

6. Par courrier du 8 octobre 2001, l'assuré a formé opposition à cette décision, sollicitant la prise en charge des frais médicaux découlant de l'accident, ainsi que le versement d'une indemnité journalière pour incapacité totale de travail dès le 22 novembre 2000.

7. Par courrier du 18 octobre 2001, l'assuré a transmis à son assurance un rapport du 8 octobre 2001, établi par le Dr C_____, neurochirurgien. Celui-ci a constaté que le patient ne présentait pas d'antécédents médicaux lombaires, qu'aucune exploration neuroradiologique n'avait été faite antérieurement du fait d'une doléance lombaire et que rien ne prouvait l'existence d'une dégénérescence discale préexistante. Dès lors, selon ce médecin, le lien de causalité entre l'accident de novembre 2000 et l'apparition de la sciatique était établi. On retrouvait en effet depuis cet événement une volumineuse hernie discale qui avait été prise en charge chirurgicalement le 5 juin 2001. Il a encore précisé que les suites de l'opération étaient favorables.

8. En date du 3 décembre 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, visant à un reclassement dans une nouvelle profession, à

une rééducation dans la même profession, à une orientation professionnelle ou à une rente.

9. Suite à l'opposition de l'assuré, l'assurance-accidents a mandaté un expert, le Dr SCHMID DE GRUNECK, spécialiste FMH en chirurgie. Dans son rapport du 31 janvier 2002, il a diagnostiqué une contusion de la colonne lombaire, des troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire, ainsi qu'une hernie discale L5-S1. Il a estimé que l'accident du 22 novembre 2000 n'était pas la seule cause des troubles constatés, car le traumatisme par compression de la colonne vertébrale, subi probablement lors de la chute de sa hauteur, n'était pas apte à causer l'apparition d'une hernie discale par rupture de l'anneau fibreux sain intact du disque inter-vertébral. Par ailleurs, la rupture d'un tel anneau nécessitait des traumatismes d'une violence exceptionnelle entraînant toujours des lésions osseuses associées. Par contre, il a rappelé qu'une hernie discale pouvait très bien être déclanchée ou révélée par un accident même bénin agissant sur un des anneaux fibreux préalablement altéré. En l'occurrence, il a estimé que cet état antérieur jouait un rôle prépondérant vu la relative banalité du traumatisme (chute de sa hauteur) et que la causalité naturelle était très vraisemblable quant au déclenchement ou à la révélation de la hernie par le traumatisme. Au moment de l'expertise, le statu quo sine n'était pas atteint; le médecin a indiqué qu'en cas d'évolution favorable, il pourrait l'être environ une année après l'intervention.

   Dans un complément d'expertise du 31 janvier 2002, le Dr SCHMID DE GRUNECK a précisé que si l'existence d'un état antérieur ne faisait pas de doute, l'accident constituait bien le facteur causal déclenchant qui avait soit favorisé l'apparition de la hernie discale sur un terrain dégénératif préexistant, soit peut-être aggravé une petite hernie préexistante mais totalement asymptomatique. Dans le cas précis, l'accident constituait selon lui la condition sine qua non de l'apparition de la symptomatologie.

10. Par courrier du 22 février 2002, l'assurance-accidents a annulé sa décision du 6 septembre 2001 et admis devoir verser des prestations suite à l'accident de novembre 2000 (prise en charge des frais médicaux et hospitaliers et versement d'indemnités journalières).

11. L'assuré a séjourné du 13 au 15 janvier 2003 à la Clinique romande de réadaptation de la SUVA et a été soumis à une expertise pluridisciplinaire ordonnée par le service médical de l'assurance-invalidité. Dans leur rapport du 20 janvier 2003, les experts ont diagnostiqué une lombalgie chronique, ainsi qu'un status après opération d'une hernie discale L5-S1 droite le 5 juin 2001; ils ont également posé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, d'une surcharge en fer d'origine peu claire. Selon l'expert psychiatre, il n'y avait pas de singularité psychique atteignant un seuil diagnostic selon les critères du DSM IV. Les plaintes étaient de deux types : des lombalgies et une fatigue. Les experts ont formulé les

remarques suivantes: "En conclusion, *l'assuré* souffre de lombalgies apparues de novo après une chute le 22 novembre 2000, lombalgies qui persistent malgré une opération de hernie discale L5-S1 pratiquée six mois après l'évènement accidentel. Les données médicales objectives sont insuffisantes à expliquer l'absence de participation socioprofessionnelle actuelle. Aux yeux des experts, il ne fait pas de doute que des facteurs contextuels participent de façon prépondérante au processus d'invalidation. L'on n'est pas ici face à une production volontaire de symptômes. L'on peut avancer la notion de crise de compétence sociale, l'accident puis les dommages physiques permettant en quelque sorte à l'assuré de s'extraire d'une situation de stress professionnel (licenciement). La querelle assécurologique et la découverte fortuite d'une anomalie métabolique avec les incertitudes liées ont sans doute renforcé l'identité du rôle de malade. Il nous paraît toutefois que *l'assuré* dispose des ressources physiques et mentales pour surmonter ses difficultés, que la situation n'est pas stabilisée et qu'à terme, il pourra reprendre une activité avec un rendement normal".

Les experts ont jugé que la reprise d'une activité de serveur, tout d'abord avec un rendement diminué (50%) pendant 6 mois, était raisonnablement exigible deux ans après l'évènement déclanchant, soit dès le 22 novembre 2002. A la même date, une capacité de 100% pourrait être exigée dans une activité adaptée. Cette appréciation prenait largement en compte les données subjectives. Des mesures de réadaptation professionnelles n'étaient pas indispensables, les activités exercées jusqu'alors pouvant être assumées avec un rendement complet après six mois.

12. L'assurance-accidents a décidé de soumettre l'assuré à une nouvelle expertise médicale, conduite par le Dr KAELIN de la Clinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), le 23 décembre 2002. Cet expert a diagnostiqué un status après hernie discale médiane L5-S1 opérée, un status après contusion lombaire et contusion de l'épaule droite, des lombalgies chroniques, une attitude scoliotique concave gauche, une discopathie séquellaire L5-S1, un modelé arthrosique discret postérieur L3-L4-L5-S1 et des ostéophytes de traction du plateau supérieur de L3 et L4. Il a noté que l'expertisé, qui se plaignait de lombalgies, présentait un rachis dégénératif discret sans progression depuis novembre 2000. En l'absence d'examens et de symptômes avant l'accident, le médecin a estimé qu'il fallait considérer que la hernie discale, si elle n'avait pas été créée par le traumatisme, s'était en tout cas décompensée à la suite dudit traumatisme. Il a relevé que l'assuré semblait installé dans une chronicisation importante de son problème rachidien, avec un état dépressif larvé et un élément de sinistrose qui n'étaient pas négligeables. Selon lui, la perte de son travail était vraisemblablement un élément à prendre en compte. Le médecin a émis l'avis que l'accident était une cause possible - avec plus de 50% de vraisemblance - des plaintes du patient et que les facteurs extérieurs - compte tenu de l'évolution à deux ans de l'accident - pouvaient avoir une influence de 30% dans la situation telle qu'elle se présentait alors. La capacité de travail était nulle. Le médecin a suggéré

que l'assuré soit mis au bénéfice d'une rééducation intensive et évalué psychologiquement par rapport à l'état de sinistrose et de dépression larvée. Il a proposé qu'il soit ensuite procédé à une nouvelle évaluation (cf. rapport d'expertise du Dr KAELIN du 27 janvier 2003).

13. En date des 14 juin et 6 août 2003, l'assuré a été soumis à une nouvelle expertise sur demande de l'assurance-accidents, conduite par les Drs JOLIAT, rhumatologue et SCHROETER, psychiatre, médecins au Centre multidisciplinaire de la douleur. Ces experts ont diagnostiqué une lombalgie chronique, un status après opération d'une hernie discale L5-S1 droite, une surcharge en fer d'origine indéterminée, pas de diagnostic psychiatrique. Ils ont rappelé que la relation de causalité naturelle entre la hernie discale et l'évènement du 22 novembre 2000 avait été formellement acceptée par la première expertise. Ils ont estimé que la lombalgie persistante, exigeant des changements fréquents de positions et limitant le port répétitif de charges supérieures à cinq kilos, n'était plus en relation de causalité naturelle possible et que la surcharge en fer était sans relation avec l'accident. Selon eux, la stagnation de l'état de santé - et surtout de la capacité de travail - est avant tout consécutive à des facteurs d'ordre psychosocial, soit l'incertitude professionnelle liée au licenciement et la découverte de plusieurs pathologies potentiellement chargées de gravité (la surcharge en fer et le mélanome malin). En effet, l'importance des plaintes contrastait avec la faible perturbation des activités quotidiennes courantes, l'absence de traitement continu et la faible consommation médicamenteuse. Au moment de l'expertise, l'influence des facteurs psychosociaux était de 100%. Le traitement était terminé depuis janvier 2003. Tout comme les experts précédents, les médecins se sont déclarés convaincus que l'état de santé du patient était encore susceptible d'amélioration sans qu'un recours à des mesures d'ordre médical ne soit obligatoire. L'incapacité de travail de 100% avait été parfaitement justifiée par la lombosciatique hyperalgique pour laquelle l'intervention neurochirurgicale avait été couronnée de succès. Ils ont exprimé l'avis qu'en l'absence de lésion anatomique plus importante, une activité de chef de service dans la restauration était raisonnablement exigible au plus tard deux ans après l'intervention chirurgicale, soit le 5 juin 2003 et que la reprise pouvait se faire par paliers progressifs avec un rendement diminué (50%) durant une période de six mois, puis à 100%. Ils ont recommandé une kinésithérapie, avant tout active, comportant des exercices de tonification musculaire du dos visant à améliorer l'endurance de l'assuré et à lui redonner confiance, à raison d'une séance hebdomadaire pendant six mois, ainsi qu'une consultation médicale par mois visant à fournir un soutien psychologique à l'effort de reprise et, dans la mesure du strict nécessaire, une médication antalgique. Selon eux, l'expertisé disposait des ressources physiques et psychiques pour réussir sa réinsertion. Ils ont proposé que la prise en charge de ces prestations soit assumée à la fois par l'assureur LAA et la caisse-maladie dans une proportion de 50-50%, par souci de simplification. Ils ont encore précisé qu'il n'était pas nécessaire d'envisager un changement de profession,

les activités déjà exercées dans l'hôtellerie et l'horlogerie paraissant adaptées. Enfin, ils ont estimé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité pour des lombalgies séquellaires après une hernie discale opérée, dans le cas de douleurs minimes permanentes, à moins de 5% (cf. rapport d'expertise du Centre multidisciplinaire de la douleur du 7 octobre 2003).

14. Par décision du 24 octobre 2003, l'assurance-accidents a mis fin à ses prestations à partir du 30 septembre 2003, au motif qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre l'accident et les plaintes de l'assuré et que le statu quo sine avait été atteint.

15. Par courrier du 24 novembre 2003, l'assuré a formé opposition à cette décision, en concluant au versement de prestations au-delà du 30 septembre 2003, en raison de son incapacité de travail. Il a tout d'abord fait valoir que l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) avait considéré que des mesures d'orientation professionnelle étaient appropriées et qu'un stage d'observation avait été ordonné pour février 2004. Il a par ailleurs indiqué devoir subir une nouvelle IRM afin de déterminer la cause de la persistance des lombalgies, l'existence d'un possible rétrécissement du canal lombaire et/ou d'une arthrose post-traumatique. L'assuré a contesté la rupture du lien de causalité en alléguant avoir dû interrompre plusieurs sports qu'il pratiquait, soit le vélo, les raquettes et le ski de fond et consacrer désormais ses journées à des activités calmes. S'agissant du traitement, il a indiqué être toujours suivi par un kinésithérapeute à raison d'une séance hebdomadaire (kinésithérapie active) et ne pouvoir consommer beaucoup de médicaments en raison de sa surcharge hépatique en fer. Il a par ailleurs relevé l'avis divergeant des experts en ce qui concernait les facteurs psychosociaux : les derniers experts excluaient une humeur dépressive, attribuant ses symptômes auxdits facteurs, mais le Dr KAELIN constatait un état dépressif sur lequel les facteurs psychosociaux n'avaient que 30% d'influence. Il convenait donc, selon lui, de retenir que le lien de causalité naturelle était toujours présent. S'agissant de la reprise d'une activité, il était manifeste que son ancienne activité de chef de service qui nécessitait une station debout prolongée était incompatible avec son état. Enfin, même s'il fallait adhérer à l'opinion des experts du Centre multidisciplinaire de la douleur, ceux-ci indiquaient que la reprise ne pourrait se faire que par paliers progressifs, avec un rendement de 50% pendant six mois; dès lors l'assurance-accidents ne pouvait interrompre le versement de ses prestations avant le 21 octobre 2003, date de la réception du rapport d'expertise du Centre multidisciplinaire de la douleur par l'assurance.

16. Par décision du 14 janvier 2004, l'assurance-accidents a partiellement admis l'opposition de l'assuré, en ce sens qu'elle lui a reconnu un droit aux indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2003, ainsi qu'un droit à la prise en charge d'une séance de kinésithérapie hebdomadaire pendant six mois. Elle a relevé que la dernière expertise multidisciplinaire indiquait que la reprise d'une activité professionnelle dans les métiers exercés jusqu'alors par l'expertisé (serveur ou

ouvrier dans l'horlogerie) était exigible immédiatement. Les experts avaient conclu que la lombalgie persistante, exigeant des changements fréquents de positions et limitant le port répétitif de charges supérieures à 5 kilos, n'était plus en relation de causalité naturelle possible. L'existence d'un antécédent important, ayant contribué à la lésion, avait en outre été diagnostiquée dès la première expertise en 2001. Enfin, tous les rapports concluaient que le statu quo sine avait été atteint au plus tard au mois de juin 2003.

17. Par courrier du 15 avril 2004, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, en concluant au paiement d'indemnités journalières à raison de 156,71 fr. par jour au-delà du 30 septembre 2003, avec intérêt à 5% dès le 30 septembre 2003, ainsi qu'à la prise en charge d'une séance de kinésithérapie hebdomadaire. Le recourant a repris l'argumentation développée dans son opposition, contestant pour le surplus que le statu quo sine ait été atteint. Il fait valoir que même s'il préexistait un état maladif antérieur chez lui - état qui n'était au demeurant nullement prouvé - aucun élément ne permettait de dire que les douleurs actuelles seraient de toute façon survenues, au même moment et avec la même intensité, sans l'accident, du fait de "l'évolution fatale" d'un état préexistant. Le recourant a en outre rappelé que la notion d'incapacité de travail était identique dans toutes les branches des assurances sociales. Or, l'assurance-invalidité avait estimé que la reprise de son ancienne activité dans l'hôtellerie était impossible, raison pour laquelle elle avait ordonné une orientation professionnelle, au cours de laquelle l'assurance-accidents devait continuer à verser des indemnités journalières. Son éventuelle capacité de travail dans une nouvelle profession ne pourrait être déterminée qu'à l'issue de ce stage d'observation.

18. Par courrier du 10 mai 2004, le recourant a transmis un rapport d'expertise du 21 avril 2004 du Professeur VALLEE, chef du service de neurologie B de l'Hôpital neurologique de Lyon. Cette expertise avait été ordonnée par un tribunal français dans le cadre d'un litige portant sur un crédit. L'expert concluait qu'en raison des lésions imputables à l'accident du 22 novembre 2000, il existait une atteinte permanente de la fonction du rachis lombaire. L'incidence de cette atteinte sur l'activité professionnelle de l'assuré était certaine; celui-ci ne pouvait plus exercer son ancienne activité dans la restauration, activité qui exigeait de longues heures en station debout, des allées et venues continuelles, un rythme soutenu et des efforts physiques de port de charges.

19. Dans sa réponse du 8 juin 2004, l'intimée a rappelé que selon les expertises, il n'y avait plus de lien de causalité entre l'état actuel de santé du recourant et l'accident. Il n'était en outre pas contesté que l'assuré ait dû interrompre plusieurs sports et limiter sa consommation médicamenteuse en raison de sa surcharge hépatique. S'agissant de l'incapacité de travail, elle a relevé que les rapports d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique romande de réadaptation et du Centre multidisciplinaire de la douleur étaient concordants : l'activité professionnelle

antérieure était exigible immédiatement. Quant à l'expertise du Dr VALLEE, l'intimée a souligné n'avoir pas connaissance des critères retenus pour l'élaboration de ce rapport français et ne pouvoir donc juger de la force probante des conclusions de cet expert. Enfin, elle a rappelé que l'assurance-accidents avait versé des indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2003, laissant au recourant un délai suffisant pour rechercher une place de travail.

20. Dans sa réplique du 12 juillet 2004, le recourant s'est référé aux conclusions du Professeur VALLEE. En outre, il a relevé que les Drs C_____ et KAELIN avaient constaté l'absence de douleurs préexistantes ou d'antécédents médicaux chirurgicaux de pathologies discales et en a conclu que le lien de causalité naturelle entre ses symptômes et l'accident était présent. Enfin, s'agissant de son incapacité de travail, le recourant a relevé les contradictions des experts de la Clinique romande de réadaptation, qui estimaient, d'une part, l'activité de serveur exigible deux ans après l'évènement déclenchant et constataient, d'autre part, des lombalgies entraînant une diminution de l'endurance, la nécessité de changer de position et l'impossibilité de porter des charges supérieures à 5 kilos. De l'avis du recourant, l'exercice de son ancienne activité dans la restauration est incompatible avec son état de santé.

21. Dans sa duplique du 11 août 2004, l'intimée s'est référé à son mémoire responsif du 8 juin 2004, maintenant l'intégralité de ses conclusions. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs (art. 162 LOJ).

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

   Sa compétence pour connaître du cas d'espèce est dès lors établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'accident du recourant s'est produit en novembre 2000, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 14 janvier 2004 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des indemnités journalières au-delà du 31 octobre 2003 et à la prise en charge de séances de kinésithérapie pendant une durée non limitée.

   Selon l'art. 6 al. 1 LAA, l'assurance-accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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, le droit à des

prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références). Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2; 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références ; 115 V 405 consid. 4a).

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; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

6. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

   En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait

que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

7. En l'occurrence, le recourant a été soumis à de nombreuses expertises en Suisse. Il convient tout d'abord de constater que ces différents rapports d'expertise ont tous pleine valeur probante, répondant aux critères dégagés par le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) pour leur accorder ladite valeur probante.

   En janvier 2003, une expertise pluridisciplinaire a été conduite à la Clinique romande de réadaptation de la SUVA, sur demande de l'assurance-invalidité. Les experts, sans se prononcer sur la question du lien de causalité entre l'accident et les atteintes à la santé, ont admis que la reprise d'une activité de serveur tout d'abord avec un rendement diminué à 50% pendant 6 mois, puis avec un rendement complet, était raisonnablement exigible deux ans après l'événement déclanchant, soit dès le 22 novembre 2002. A cette même date, une capacité entière pouvait être exigée dans une activité adaptée. Ces appréciations prenaient largement en compte les données subjectives.

   A la demande de l'assurance-accidents, le recourant a été soumis à une expertise conduite par le Dr KAELIN de la clinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur des HUG, en décembre 2002, ainsi qu'à une expertise pluridisciplinaire conduite par les Drs JOLIAT, rhumatologue, et SCHROETER, psychiatre, du Centre multidisciplinaire de la douleur en août 2003.

   L'expert KAELIN a diagnostiqué un status après hernie discale médiane L5-S1 opérée, un status après contusion lombaire et contusion de l'épaule droite, des lombalgies chroniques, une attitude scoliotique concave gauche, une discopathie séquellaire L5-S1, un modelé arthrosique discret postérieur L3-L4-L5-S1 et des ostéophytes de traction du plateau supérieur de L3 et L4. Il a estimé que l'accident présentait une cause possible avec plus de 50% de vraisemblance des plaintes actuelles du patient. Les facteurs extérieurs (chronicisation importante du problème rachidien, état dépressif larvé, éléments de sinistrose et perte du travail) pouvaient avoir une influence de 30% dans la situation actuelle. Selon lui, la capacité de travail était actuellement nulle mais le recourant devrait être réévalué après une rééducation intensive et une prise en charge psychologique.

   Quant aux experts du Centre multidisciplinaire de la douleurs, ils ont estimé que la lombalgie persistante actuelle n'était plus en relation de causalité naturelle possible avec l'accident du 22 novembre 2000. La stagnation de l'état de santé et de la

capacité de travail était avant tout consécutive à des facteurs d'ordre psychosocial (incertitude professionnelle, découverte de plusieurs pathologies chargées de gravité). Le traitement était terminé depuis janvier 2003. En l'absence de lésions anatomiques importantes, une activité de chef de service dans la restauration était raisonnablement exigible au plus tard deux ans après l'intervention chirurgicale, soit dès le 5 juin 2003. Ils ont préconisé une reprise par paliers progressifs avec un rendement diminué à 50% pour une période de 6 mois, puis avec un rendement entier. Une kinésithérapie pouvait être accordée à raison d'une séance hebdomadaire pendant 6 mois. Ces prestations devaient être prises en charge par moitié par l'assurance-accidents et par moitié par l'assurance-maladie.

S'agissant du lien de causalité naturelle, il convient de constater que selon les experts du Centre multidisciplinaire de la douleur, les lombalgies actuelles, qui sont à la base des plaintes du recourant, ne sont plus en relation avec l'accident. En décembre 2002, l'expert KAELIN avait estimé que lesdites lombalgies présentaient "une cause possible avec plus de 50% de vraisemblance" seulement et que les facteurs psychosociaux avaient une influence de 30% dans la situation. Ces conclusions ne sont pas en contradiction avec celles des experts JOLIAT et SCHROETER, qui en août 2003, constatent que les facteurs psychosociaux ont désormais une influence complète sur les douleurs lombaires, qui n'ont plus de lien de causalité naturelle avec l'accident. Enfin, il y a lieu de relever que le Dr KAELIN constatant un état sinistrosique soupçonnait une dépression larvée, qui n'a cependant pas été confirmée par l'expert psychiatre SCHROETER.

De surcroît, il y a lieu de relever qu'en janvier 2003, les experts de la Clinique romande de réadaptation de la SUVA admettent eux aussi qu'une reprise de l'activité de serveur dès le 22 novembre 2002, tout d'abord avec un rendement de 50% pendant 6 mois, puis avec un rendement complet, est exigible. Les experts du Centre multidisciplinaire de la douleurs partagent cet avis, puisqu'ils estiment que le recourant peut reprendre son activité de chef de service dans la restauration au plus tard en juin 2003, date à laquelle le statu quo sine a été atteint.

Enfin, s'agissant de l'expertise du Professeur VALLEE, elle ne saurait avoir valeur probante, les critères médicaux servant à établir le lien de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé et l'accident n'étant pas forcément les mêmes en France qu'en Suisse.

Au vu de ces motifs, le Tribunal de céans s'appuiera sur les expertises suisses, dont les conclusions ne sont au demeurant pas contradictoires. Il convient par conséquent de constater que le statu quo sine a été atteint au plus tard le 5 juin 2003 et que, depuis lors, les douleurs lombaires ne sont plus en relation de causalité naturelle avec l'accident de novembre 2000; l'on doit encore préciser que la question de la causalité adéquate n'a pas à être examinée vu la rupture du lien de causalité naturelle.

Il y a en outre lieu de relever que l'octroi d'indemnités journalières jusqu'au 31 décembre 2003 est conforme à la proposition des experts de la Clinique romande de réadaptation qui estiment la reprise de travail dans l'ancienne profession possible à 100% depuis le 22 mai 2002 (6 mois après les 2 ans suivant l'accident), ainsi qu'aux conclusions des experts du Centre multidisciplinaire de la douleur qui évaluent la reprise possible au plus tard 2 ans après l'intervention chirurgicale, soit le 5 juin 2003, tout en préconisant une reprise par paliers, en précisant que ladite reprise pourrait se faire d'abord à 50% pendant 6 mois, puis à 100%.

L'intimée, en servant des indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2003, a donc bien rempli ses obligations légales. S'agissant de la prise en charge de séances de kinésithérapie, l'assurance-accidents, se conformant aux conclusions des experts du Centre multidisciplinaire de la douleur, a remboursé une séance hebdomadaire pendant 6 mois. Sur ce point également, le recourant doit être débouté de ses conclusions.

Au vu de ce qui précède, il s'avère que le recours est mal fondé et doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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