REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/979/2004 **ATAS/430/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

4ème Chambre

du 3 mai 2006

En la cause

Monsieur C_____, domicilié GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître Alain BERGER

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacopo RIVARA

intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Karine STECK et Valérie MONTANI, Juges.

EN FAIT

1. Monsieur C_____, ressortissant espagnol né en 1965, a été engagé en juin 1997 par l'entreprise X_____en tant que frigoriste. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA).

2. Le 8 août 1997, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Selon le rapport de police du 15 août 1997, alors qu'il circulait en scooter, l'assuré s'était vu refuser la priorité par un automobiliste roulant en sens inverse et désirant obliquer à gauche.

3. Le 12 août 1997, les Drs A_____ et B_____, du département de radiologie de l'Hôpital cantonal, ont réalisé un CT-Scan du bassin, qui a principalement révélé une fracture ostéochondrale de la tête fémorale droite ainsi qu'une lyse isthmique bilatérale en L5.

4. Il ressort du rapport médical initial rédigé le 20 août 1997 par la Dresse C_____, médecin assistant à la Clinique d'Orthopédie de l'Hôpital cantonal, que l'assuré a été polyblessé suite à la collision et a notamment souffert de diverses fractures (rotule, hanche et scaphoïde). Il était totalement incapable de travailler pour une durée indéterminée.

5. Selon un résumé de l'observation rédigé par les Drs C_____ et D_____, l'assuré a séjourné à l'hôpital du 8 août au 12 septembre 1997. Les diagnostics posés ont été les suivants : luxation postérieure de la hanche droite avec fracture intra-articulaire de la tête fémorale droite intra-foréale, accompagnée d'une fracture du cotyle tectale et partiellement du mur postérieur, fracture transverse du pôle inférieur de la rotule droite ouverte stade II et fracture du col scaphoïde gauche. Les suites post-opératoires étaient simples et afébriles. Il avait été maintenu au lit strict pendant trois semaines et avait bénéficié d'une rééducation à la marche et d'une physiothérapie.

6. Dans un certificat reçu par la SUVA le 9 janvier 1998, le Dr E_____, médecin traitant, a indiqué que son patient suivait un traitement de physiothérapie et que son état s'était amélioré. Une reconversion professionnelle serait nécessaire, mais l'évolution de la capacité de travail à moyen ou long terme était encore inconnue.

7. Le 10 mars 1998, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité.

8. Du 13 mai au 1er juillet 1998, l'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation de la SUVA à Bellikon en vue d'une physiothérapie intensive et d'une d'évaluation

professionnelle. A la sortie, l'évolution était satisfaisante. Il subsistait des douleurs et limitations à la hanche et au genou droit. Des contrôles réguliers devaient continuer durant encore une année au niveau de la hanche, car on pouvait voir apparaître des problèmes de la tête fémorale jusqu'à deux ans après l'accident. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse en août 1998 était la seule mesure médicale prévue. Psychiquement, la situation était difficile et avait obligé l'assuré à se faire suivre par un psychiatre. Elle s'était stabilisée, mais pourrait se détériorer en cas de rechutes ou de ratages professionnels. Des mesures professionnelles étaient indiquées chez ce patient hautement motivé, par exemple dans la vente et l'administration dans le domaine électrotechnique.

9. Le 4 novembre 1998, le Dr E_____ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

10. Le 25 février 1999, le Dr F_____, radiologue, a effectué une radiographie de la colonne lombaire face et profil, laquelle a révélé un lyse isthmique bilatérale L5 avec antélisthésis de premier degré, une discopathie L5-S1 ainsi qu'une ancienne maladie de Scheuermann dorsale inférieure, avec discopathie secondaire D10 à D12. Une radiographie du bassin de face et de la hanche avait quant à elle révélé notamment une coxarthrose modérée à droite.

11. Dans un rapport du 15 mars 1999, le Dr E_____ a indiqué que la situation de la hanche droite s'était péjorée et qu'à moyen terme, une orthoplastie prothétique était à envisager.

12. Le 24 mars 1999, le Dr F_____ a procédé à une tomodensitométrie des hanches qui a révélé une coxarthrose droite nette ainsi qu'une géode sous chondrale.

13. En date du 22 avril 1999, l'assuré a été examiné par le Dr G_____, médecin d'arrondissement de la SUVA. Le patient se plaignait de la hanche droite (limitation fonctionnelle et douleurs), du genou droit (douleurs), de fourmillements au poignet gauche, d'un état légèrement dépressif et de lombalgies passagères. Le Dr G_____ partageait le point de vue du Dr E_____ quant à l'indication d'une future intervention chirurgicale au niveau de la hanche et était également d'accord sur le fait que cette intervention devrait intervenir le plus tard possible vu l'âge du patient. Celui-ci devait continuer ses cours de reconversion professionnelle et l'incapacité de travail restait totalement justifiée.

14. Le 17 juin 1999, les Drs H_____, I_____ et J_____, du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur de l'Hôpital cantonal, se sont prononcés sur le cas de l'assuré. Celui-ci évoquait des douleurs nociceptives post-traumatiques plus invalidantes au niveau de la hanche que du genou droit, pour lesquelles il y avait lieu de tenter une approche médicamenteuse.

15. Suite à des cours de mise à niveau pris en charge par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), l'assuré a été engagé par le journal l'EXTENSION en tant qu'apprenti employé de commerce dès le 26 juillet 1999. En raison de ses nombreuses absences, son employeur a rompu le contrat d'apprentissage pour la fin de la période d'essai et l'assuré a été placé à l'Ecole Schulz dès le 22 novembre 1999 par l'OCAI afin de continuer sa formation d'employé de commerce.

16. Dans un rapport du 3 mars 2000, le Dr E_____ a indiqué à la SUVA que les répercussions fonctionnelles et symptomatiques de la hanche droite étaient devenues extrêmement importantes. Elles avaient motivé une diminution de la capacité d'étude pour reconversion à 50 % dès le 7 février 2000 et un arrêt complet dès le 2 mars 2000. La mise en place d'une prothèse totale de la hanche semblait désormais indiquée.

17. En date du 21 juillet 2000, l'assuré a été examiné par le Dr K_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a relevé des plaintes au niveau de la hanche, du genou droit et des douleurs lombaires. L'incapacité de travail était totale dans la profession de frigoriste et les possibilités de réadaptation dépendaient de la mise en place de la prothèse de la hanche. A ce sujet, la situation était claire, le seul traitement envisageable était l'opération, mais elle pouvait encore être reportée jusqu'au jour où l'assuré ne verrait plus d'autre solution en raison de ses douleurs.

18. Le 29 novembre 2000, le Dr E_____ a procédé à une arthroplastie prothétique cimentée de la hanche.

19. Le 15 mars 2001, un CT lombaire réalisé par la Dresse L_____ a révélé une lyse isthmique bilatérale L5 ainsi qu'une protrusion discale globale d'accompagnement. Un examen myographique du Dr M_____ du 19 mars 2001 a permis d'observer des signes de dénervation modérés et chroniques dans le myotome L5, de même qu'une discrète dénervation dans le pédieux et une activité fibrillatoire bilatérale dans les muscles paravertébraux lombaires.

20. Le 16 mai 2001, l'assuré a demandé à la SUVA de prendre en charge un corset BOB pour le dos selon une ordonnance du Dr N_____, du Service de Neurochirurgie de Hôpital cantonal. Selon un rapport de ce médecin du 22 mai 2001, les résultats des examens pratiqués démontraient une compression radiculaire, ainsi qu'un listhésis du premier degré avec lyse isthmique bilatérale et comblement dans le contexte du récessus L5-S1. Le corset permettrait au patient d'être mis en condition de contention externe. Une proposition de spondylodèse et de réalignement L5-S1 devrait toutefois être faite rapidement. Il s'agissait d'une lésion logiquement antérieure à l'accident, mais les suites de l'accident avec boiterie assez conséquente durant une très longue période avaient suffi à

décompenser de manière importante la pathologie préexistante. Le port du corset était prévu durant quatre semaines.

21. Par courrier du 5 septembre 2001, le Dr N_____ a indiqué à la SUVA que les dorsalgies de l'assuré étaient bien en relation avec l'accident de 1997 et qu'il lui était nécessaire de porter un corset de contention.

22. Dans un rapport du 17 septembre 2001, le Dr O_____, radiologue, a mentionné qu'une radiographie du genou gauche avait montré la possible existence d'une arthrose tibio-fémorale interne a minima. Par ailleurs, l'aspect de la rotule pourrait évoquer un ancien status post-traumatique.

23. Le 15 novembre 2001, le Dr E_____ a relevé que les lombosciatalgies droites non déficitaires étaient la résultante d'une décompensation de spondylolisthésis avec lyse isthmique bilatérale de L5 par l'accident du 8 août 1997. Le patient s'était plaint dès le début de lombosciatalgies, alors qu'il n'avait jamais rien mentionné avant malgré son travail lourd. De plus, le mécanisme de l'accident avait certainement dispersé de l'énergie dans la charnière lombo-sacrée et décompensé le spondylolisthésis existant jusqu'alors asymptomatique. Enfin, la persistance d'une boiterie importante avait également contribué au maintien d'un conflit au niveau lombo-sacré.

24. Par courrier du 28 décembre 2001, l'assuré a demandé à la SUVA de bien vouloir prendre en charge les divers traitements liés aux lombosciatalgies et à la lyse isthmique entrepris à compter du mois de juin, soit en particulier l'homéopathie, la physiothérapie et le corset de contention.

25. Le 23 mai 2002, une IRM du genou gauche pratiquée par le Dr P_____ a montré une possible fissuration de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une lame d'épanchement articulaire.

26. Le 25 juin 2002, le Dr K_____ a procédé à l'examen médical final de l'assuré pour le compte de la SUVA. Ce dernier affirmait avoir eu mal au dos dès le moment de l'accident et qu'il y aurait eu augmentation des douleurs après la pose de la prothèse de la hanche. Il préférait encore attendre pour une opération du dos. Le traitement homéopathique améliorait grandement les douleurs. Selon le médecin, la situation sur le plan de la hanche était stable et ne nécessitait pas de traitement particulier. Il en allait de même de la rotule droite. Au niveau du genou gauche, il n'existait pas d'évidence de séquelle traumatique. Il n'y avait plus de séquelles sur le plan de la fracture du scaphoïde. S'agissant des problèmes dorsaux, il n'y avait pas d'évidence clinique d'une décompensation de spondylolisthésis, notamment sur le plan radiologique, inchangé depuis 1999. Une décompensation post traumatique était théoriquement possible, mais une discussion de ce point était superflue en l'absence d'évidence clinique ou radiologique d'un tel phénomène.

Les prestations médicales à prendre en charge ultérieurement étaient un traitement médicamenteux, soit homéopathique, soit allopathique, ainsi que des contrôles réguliers chez le Dr E_____ et des séances de cure de bains. Les activités impossibles étaient la marche, les stations debout et positions assises de longue durée, la marche sur terrain inégal, les positions accroupies, le maintien de posture en flexion du tronc et le port de charges. Dans une activité respectant ces limitations, il y aurait théoriquement une capacité de travail de 100 % en temps et rendement à condition que la profession permette une certaine liberté sur le plan des changements de position.

L'atteinte à l'intégrité a été évaluée à 40 % par utilisation de la table des arthroses. Pour la prothèse totale de la hanche, il avait été tenu compte d'une endoprothèse avec bon résultat, alors que l'arthrose du genou était chiffrée à 20 %, tenant compte de l'éventuelle insertion ultérieure d'une prothèse totale.

27. Par courrier du 4 octobre 2002, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait fin à la prise en charge des soins médicaux, hormis deux contrôles par an chez le Dr E_____ et un traitement médicamenteux, soit homéopathique, soit allopathique. Des séances de cure de bains seraient prises en charge en cas de besoin. L'attention de l'assuré était attirée sur le fait qu'il subsistait une capacité de travail qu'il devait mettre en valeur et que l'indemnité journalière lui serait versée jusqu'au 30 novembre 2002. Au-delà de cette date, la SUVA se prononcerait sur le droit à une rente d'invalidité.

28. Dans un rapport du 10 février 2003, le Dr Q_____ neurochirurgien, s'est prononcé sur le rapport de cause à effet entre le traumatisme subi et le spondylolisthésis. Cette affection était parfaitement congénitale, mais le patient n'en avait jamais souffert avant l'accident. La probabilité de la décompensation par l'accident confinait donc à la certitude. Le médecin ne pouvait par contre pas se prononcer sur la durée à attribuer à cette décompensation. S'agissant de la thérapie proposée en son temps par le Dr N_____, à savoir une spondylodèse-greffe du segment L5-S1, il s'agissait de la seule proposition efficace possible en cas d'aggravation de la symptomatologie.

29. Le 25 mars 2003, l'assuré a écrit à la SUVA pour lui faire part de ses arguments. L'accident, qui avait été violent, avait clairement causé une décompensation du spondylolisthésis. Avant cet événement, ce problème ne s'était jamais manifesté et il avait pu exercer son métier sans restrictions. En soi, cette affection était une maladie, mais elle constituait un accident lorsqu'elle était déclenchée et accélérée soudainement et durablement par des éléments extérieurs. Il existait encore des douleurs du genou gauche qui nécessitaient des soins. Par ailleurs, l'assuré réclamait le paiement de l'entier des frais de traitement homéopathique, de même que le remboursement du corset fait sur mesure. S'agissant de l'estimation de

l'atteinte à l'intégrité, il soutenait qu'elle ne tenait pas compte des multidouleurs permanentes et leur effet sur la vie de la famille.

30. Le 4 avril 2003, le Dr P_____ a procédé à une IRM lombaire, qui a révélé un discret antélisthésis de grade I de L5 sur S+ sur lyse isthimique bilatérale, de discopathies D11-D12, L2-L3 et L5-S1 sans conflit disco-radiculaire et d'arthrose inter-facettaire bilatérale L4-L5 et de façon plus marquée en L5-S1. Les images étaient compatibles avec un petit kyste synovial en regard de l'articulaire postérieure L5-S1 droite.

31. Par courrier du 16 avril 2003, l'assuré a produit diverses pièces relatives à son parcours professionnel, ainsi qu'aux rémunérations auxquelles il aurait eu droit.

32. La SUVA a procédé à une enquête sur l'évolution du salaire telle qu'elle découlait des pièces du dossier. Selon le rapport d'enquête du 29 août 2003, l'employeur n'avait jamais vérifié aucune des attestations qu'il avait signées pour l'assuré, il faisait confiance à sa secrétaire « qui n'avait fait que des bêtises ». Il n'était pas en mesure de justifier les chiffres figurant sur ces attestations qui étaient fantaisistes, mais a donné les chiffres précis concernant l'assuré et les personnes travaillant dans le même domaine. Il était impossible de savoir si l'assuré serait devenu technicien frigoriste, car il fallait réussir une formation de 3 ans dans l'entreprise.

33. Par décision du 15 octobre 2003, la SUVA a confirmé à l'assuré qu'elle n'interviendrait pas pour les troubles lombaires. Elle continuerait par contre à allouer des prestations concernant la hanche et le genou droit.

34. Par courrier du 14 novembre 2003, l'assuré s'est opposé à cette décision et a conclu à ce que la SUVA lui alloue des prestations pour ses troubles lombaires. Il a fait valoir que six jours seulement après l'accident, une lyse isthmique avait été mentionnée dans un rapport médical des Drs A_____ et R_____, alors qu'il n'avait jamais souffert du dos auparavant. Par la suite, le Dr N_____ avait confirmé le lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident, de même que le physiothérapeute et les Drs E_____ et S_____. La causalité adéquate étant également remplie selon la jurisprudence, la SUVA devait prendre à sa charge les troubles lombaires résultant de l'accident.

35. Le 20 novembre 2003, le Centre d'observation médicale de l'assurance invalidité (ci-après : COMAI) a rendu un rapport d'expertise pluridisciplinaire concernant l'assuré. Il ressort de ce rapport que la situation médicale de la hanche droite et des genoux était jugée satisfaisante tant sur le plan clinique que radiologique. Les lombes ne présentaient pas de syndrome vertébral. Il n'existait pas de restriction de la mobilité dorsolombaire et l'examen neurologique était dénué de sciatalgie. Sur ces plans, la capacité de travail devrait être totale dans une activité légère et adaptée, sans port de charges lourdes. Sur le plan psychique, l'assuré vivait une

problématique d'enchaînement entre les facteurs personnels et accidentels avec une évolution vers un syndrome de douleurs ubiquitaire et omniprésent, qui était devenu une véritable entité psychosomatique. La fixation inconsciente sur les douleurs était déjà relativement avancée et nécessitait une aide thérapeutique pour compréhension et élaboration. L'approche psychothérapeutique était donc souhaitable et faisait partie des efforts que le patient devait faire pour retrouver une capacité de travail complète. Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient un trouble dépressif récurrent, un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble de l'adaptation. Les différentes fractures avec implantation d'une prothèse de la hanche droite étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Actuellement, une diminution de 50 % de la capacité de travail dans une activité adaptée était justifiée en raison des troubles psychiques. L'assuré possédant des ressources, une évolution positive était encore possible.

36. Le 14 janvier 2004, le Dr T_____, chirurgien orthopédiste et spécialiste en médecine des assurances pour la SUVA, a donné son appréciation médicale sur la question de savoir s'il existait un lien de causalité pour le moins probable entre l'accident de 1997 et les troubles lombaires. De nombreux médecins s'étaient accordés pour dire que la spondylolyse et le spondylolisthésis associé étaient nécessairement préexistants au traumatisme, mais les avis divergeaient sur le thème de la décompensation induite par ce traumatisme.

    Le fait que le spondylolisthésis sur lyse isthmique ait été présent sur une radio effectuée le lendemain de l'accident excluait une étiologie traumatique à sa source, ce que pratiquement tous les médecins avaient admis. Par la suite, il avait été évoqué la possible influence d'un phénomène de boiterie, induite par les pathologies du membre inférieur droit. Or, la doctrine médicale et les récentes expériences menées par les chercheurs démontraient que le phénomène de boiterie n'était pas responsable de l'émergence de lombalgies. S'agissant du cas précis de l'assuré, il n'était pas possible de documenter une progression du glissement vertébral antérieur de L5 sur S1 entre 1997 et 2002. Il était par contre possible que la discopathie se soit péjorée, cela étant toutefois normal en fonction de l'évolution du temps. Par ailleurs, à la lecture du dossier médical de l'assuré, il était difficile d'admettre que la boiterie soit impliquée dans l'émergence des troubles lombaires.

    Il n'était donc pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles lombaires représentaient une complication indirecte de l'accident de 1997. Il n'était même pas certain que cette pathologie, qui n'était de loin pas toujours symptomatique, soit impliquée dans l'étiologie des plaintes émises par l'assuré.

37. Par décision sur opposition du 22 janvier 2004, la SUVA a confirmé sa décision initiale, en se basant sur les rapports des Drs K_____ et T_____.

38. Par acte du 7 mai 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant principalement à ce que cette décision soit annulée pour violation du droit d'être entendu, subsidiairement que la SUVA soit condamnée à prendre en charge les affections dorsales dont il souffrait. La SUVA ne l'avait pas averti du dépôt de l'expertise du COMAI ni de son intention de demander une « appréciation médicale » au Dr T_____, de sorte qu'il n'avait pas pu s'exprimer sur ces documents. Le droit d'être entendu avait donc été violé. Sur le fond, l'apparition des douleurs lombaires le jour suivant l'accident prouvaient leur relation de causalité naturelle avec celui-ci, ce qui avait été confirmé par trois médecins. Pour le surplus, certains médecins avaient expliqué que ces douleurs étaient la conséquence d'une décompensation d'un spondylolisthésis provoquée par l'accident, alors que d'autres avaient ajouté que la boiterie avait également eu une influence. Les opinions contraires du Dr T_____ ne sauraient prévaloir, dans la mesure où son rapport ne pouvait se voir attribuer valeur probante. Enfin, même en l'absence de preuve d'un déficit fonctionnel, la relation de causalité naturelle devait être admise dans la mesure où elle avait été établie sur le plan médico-théorique par quatre médecins.

39. Dans sa réponse du 8 juillet 2004, la SUVA a conclu au rejet du recours. Une éventuelle violation du droit d'être entendu au stade de la procédure d'opposition avait en tout état de cause été réparée au cours de la procédure devant le Tribunal. Sur le fond, les rapports des Drs K_____ et T_____ en particulier étaient convaincants. S'agissant des rapports sur lesquels se fondait le recourant, ils n'étaient plus actuels, puisqu'ils se basaient sur la situation prévalant en 2001 et le principe « post hoc, ergo propter hoc » ne suffisait pas à établir la causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. De plus, les médecins cités par le recourant n'établissaient pas la relation de causalité, contrairement à ce qu'il indiquait dans son recours.

40. Par réplique du 16 août 2004, le recourant a persisté dans ses conclusions. Contrairement à ce que soutenait la SUVA, la violation du droit d'être entendu ne pouvait être réparée devant le Tribunal, car elle était d'une gravité particulière. Sur le fond, les Drs K_____ et T_____ n'avaient pas examiné sérieusement la possibilité que les douleurs dorsales aient été causées par une décompensation du spondylolisthésis, alors qu'elle était la plus probable. A ce sujet, les rapports des Drs N_____, E_____ et S_____ contredisaient clairement les avis des médecins de la SUVA. Par ailleurs, le Dr T_____ avait refusé de se prononcer sur une évidence scientifique invoquée par deux de ces trois médecins et ses constatations étaient en contradiction avec l'anamnèse. Les conclusions de l'expertise du COMAI ne concordaient pas non plus avec les pièces figurant au dossier. Il y avait donc lieu de se fonder sur les pièces médicales produites par le recourant.

41. Dans sa duplique du 6 septembre 2004, la SUVA a également persisté dans ses conclusions. Selon elle, la violation de droit d'être entendu avait été réparée devant le Tribunal. Sur le fond, la question de la causalité avait été niée par le Dr T_____ dans un rapport convaincant et revêtant pleine valeur probante au sens de la jurisprudence.

42. Lors d'une audience d'enquêtes du 24 novembre 2005, le Tribunal de céans a procédé à l'audition du Dr S_____.

    A cette occasion, ce médecin a indiqué avoir reçu l'assuré à trois reprises en 2003. Le bilan radiologique effectué à cette occasion, avait montré un disque en mauvais état et une contusion discale en L5-S1. L'assuré souffrait de spondylolisthésis, soit du glissement d'une vertèbre. Il en existait deux types, une de type dégénératif et une de type congénital, ce qui était le cas de l'assuré. Il s'agissait d'une absence de fusion de l'arc postérieur de la vertèbre. Il n'existait pas de règles pour expliquer une décompensation de cette affection, mais le Dr S_____ confirmait son rapport du 10 février 2003 en ce sens que la probabilité de la décompensation du spondylolisthésis soit due à l'accident confinait à la certitude, dans la mesure où l'anamnèse révélait que le patient n'avait jamais souffert auparavant de problèmes lombaires. S'agissant des constatations du Dr M_____ ressortant de son rapport du 19 mars 2001, elles n'étaient pas suffisantes pour expliquer la décompensation traumatique. Le but d'un examen myographique était de déterminer s'il y avait une racine nerveuse en souffrance, ce qui était le cas, plus marqué à droite.

    Par ailleurs, il était possible qu'un assuré polytraumatisé ne se plaigne pas immédiatement de maux de dos, la douleur pouvant initialement être masquée par d'autres affections ou par un traitement antalgique puissant. Il n'y avait pas de preuve absolue que la décompensation soit due à l'accident, aucun examen ne permettant de le prouver. Il était impossible de prévoir l'évolution du glissement vertébral, qui pouvait encore s'aggraver. Il était également impossible de savoir si le glissement vertébral constaté le lendemain de l'accident sur la radiographie était déjà présent avant l'accident ou non, à moins de comparer l'état avec des radiographies prises avant cet événement. Il convenait de distinguer la spondylolyse qui était l'affection congénitale et le spondylolisthésis qui pouvait être dû à un événement traumatique ou non.

    A l'issue de cette audience, le recourant a produit un rapport du 9 mai 2005 du Dr E_____, lequel rappelait que le spondylolisthésis était préexistant à l'accident mais asymptomatique et qu'il avait vraisemblablement été décompensé par cet événement. La période de boiterie ayant suivi l'accident aurait également pu jouer un rôle. Dans son expertise, le Dr T_____ n'avait pas abordé le problème de la décompensation d'un spondylolisthésis existant par un traumatisme violent parce qu'il n'avait pas trouvé de référence dans la littérature allant dans le

sens de sa démonstration. L'exclusion du rôle de la boiterie par le Dr T_____ était également peu convaincante, alors qu'il lui appartenait de fournir les éléments de preuve devant être étayés de manière convaincante, afin qu'il ne subsiste aucun doute sur l'origine de ces douleurs. De son côté, le Dr E_____ persistait à croire qu'un traumatisme de cette violence avait pu engendrer une décompensation du spondylolisthésis existant.

43. Par courrier du 5 décembre 2005, le recourant a demandé au Tribunal de céans d'auditionner les Drs E_____ et N_____.

44. Le 1er février 2006, le Dr T_____ a donné son appréciation médicale, suite aux renseignements complémentaires apportés par les Drs S_____ et E_____. La question de savoir par où l' « onde de choc » était passée lors d'un traumatisme, dont le Dr E_____ faisait état, sortait du domaine de compétence d'un chirurgien orthopédique. La possibilité avancée étant toutefois concevable théoriquement, il y avait toutefois lieu d'en vérifier si elle pouvait être étayée en pratique. Bien que le spondylolisthésis soit identifiable sur les radiographies effectuées le lendemain de l'accident, soit le 9 août 1997, le diagnostic n'était apparu au dossier pour la première fois que le 26 février 1999 dans un rapport du Dr F_____. Il n'était pas possible de savoir quand était apparues les douleurs lombaires, mais il était loisible de conclure qu'elles s'étaient manifestées après un intervalle libre d'environ un an. Cette notion ressortait notamment d'autres rapports médicaux (N_____, 14 mai 2001 ; M_____, 19 mars 2001). Or, qu'un rachis lombaire soit porteur ou non d'un spondylolisthésis, ne changeait rien au fait que pour admettre qu'il ait été impliqué dans un traumatisme, il fallait que les troubles qui suggéraient cette idée se développent rapidement après l'accident. Si ce délai s'étendait à plusieurs jours, voire semaines, il était pratiquement impossible d'étayer le lien de cause à effet entre l'événement traumatique et les symptômes subséquents. L'argument décisif qui parlait indubitablement contre l'idée d'une décompensation traumatique du spondylolisthésis préexistant découlait donc de l'analyse de l'anamnèse et de la simple logique. A ce sujet, il y avait lieu de relever que si le Dr E_____ était certain de son fait, il n'aurait pas eu besoin d'évoquer la boiterie à titre de seconde étiologie de décompensation. Pour le surplus, ce médecin avait mal lu son rapport relatif à ce sujet. Enfin, le Dr S_____ fondait son argumentaire sur la crédibilité, la conviction intime et la certitude, ce qui n'avait pas de fondement scientifique et n'appelait aucun commentaire particulier.

45. Par détermination du 16 mars 2006, le recourant a persisté dans ses conclusions et contesté l'anamnèse retenue par le Dr T_____ dans son appréciation médicale. En effet, le personnel soignant avait relevé dès la première hospitalisation (8 août au 12 septembre 1997) de l'assuré que celui-ci se plaignait de douleurs au dos. Par la suite, il avait été alité jusqu'en décembre 1997, puis avait dû se déplacer

avec des béquilles. Ce n'était qu'à partir de ce moment que les douleurs avaient commencé à s'amplifier, soit dès le mois de mars 1998. Ce point était confirmé par les rapports des Drs U_____, I_____ et J_____ du 17 juin 1999, du Dr E_____ du 15 novembre 2001 et par l'audition du Dr S_____. Pour le surplus, l'assuré n'avait jamais souffert de douleurs dorsales avant l'accident. Ainsi, les appréciations médicales du Dr T_____ ne répondaient pas aux réquisits jurisprudentiels et le lien de causalité entre l'accident et les douleurs lombaires de l'assuré était établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Cas échéant, l'avis d'un expert en biomécanique pourrait être utile.

46. Le 4 avril 2006, cette écriture a été transmise pour information à la SUVA et la cause a été gardée à juger par le Tribunal de céans.

EN DROIT

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

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

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

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance accident. Aux termes de l'art. 118 al. 1er LAA, les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont régies par l'ancien droit. L'assuré demandant la prise en charge de ses problèmes de dos à compter de l'année 2001, le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. En revanche, les règles de procédure sont immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1).

4. Selon l'art. 56 al. 1er LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1er LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1er LPGA). En matière d'assurance-accidents toutefois, en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA).

   Interjeté en temps utile et selon la forme prescrite, le recours est recevable.

5. Préalablement, le recourant se plaint de la violation de son droit d'être entendu et demande à ce que la décision de la SUVA soit annulée pour ce motif.

6. La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références).

   Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités).

   Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références).

   Lorsque l'assureur-accidents ordonne une expertise avant de rendre une décision, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà, sans attendre la phase - éventuelle - de la procédure d'opposition prévue par l'art. 105 LAA. S'il omet de le faire, privant ainsi l'assuré de la faculté d'exercer les droits que lui confèrent les art. 57 ss PCF, le vice de procédure ne peut être réparé, du moins lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (ATF 120 V 363 consid. 2b ; RAMA 1996 n° U 265 p. 294 consid. 3c).

   Il convient de préciser que toute prise de position que requiert l'assureur d'un tiers médecin ne constitue cependant pas systématiquement une expertise. Savoir si un avis médical doit être qualifié d'expertise ou non est une question qui doit être

résolue dans chaque cas particulier en fonction de l'importance sur le plan procédural des déclarations du médecin et du contenu de celles-ci. Une délimitation claire entre une expertise médicale (en particulier une expertise administrative) et une prise de position médicale, simple ou qualifiée, à laquelle, pour des raisons d'économie de procédure, des exigences moins sévères en matière de droit d'être entendu doivent être posées n'existe pas (ATF 122 V 160 consid. 1b in fine et la référence). En règle générale, on se trouve en présence d'une expertise au sens de l'art. 60 PCF lorsqu'un tiers est chargé de rendre un rapport médical fondé sur l'ensemble du dossier médical (en principe), ainsi que sur ses propres examens, en vue d'une appréciation finale d'un cas d'assurance (ATFA non publiés des 9 mars 1998 et 14 juin 2004 en les causes U 91/95 et U 233/02).

7. En l'espèce, un cas similaire à celui du recourant a été traité récemment par le TFA (ATFA non publié du 13 novembre 2002 en la cause U 45/02), dans lequel la SUVA avait recueilli l'avis de sa division de médecine des accidents non pas en vue de rendre sa décision initiale, mais au cours de la procédure d'opposition et n'avait pas communiqué la prise de position des médecins consultés au recourant, ni ne lui avait donné l'occasion de se déterminer sur son contenu, alors même qu'elle s'était fondée sur ces conclusions pour confirmer sa décision de refus de prestations

   Dans un tel cas, le TFA a considéré qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu du recourant avait, en tout état de cause, été réparée puisque ce dernier avait eu accès à toutes les pièces de son dossier après que la SUVA ait rendu sa décision sur opposition et qu'il avait pu faire valoir ses arguments devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen, à savoir l'instance cantonale (ATF 126 V 132 consid. 2b).

   En l'espèce, il y a lieu de constater que le recourant a eu accès à toutes les pièces du dossier dans le cadre de la procédure auprès du Tribunal de céans, de sorte qu'il y a lieu d'en conclure que la violation de son droit d'être entendu a été dûment réparée.

8. Sur le fond, se pose la question de savoir si c'est à juste titre que la SUVA a refusé de prendre en charge les troubles lombaires dont souffre le recourant.

9. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337). Dans l'éventualité où le lien de causalité naturelle n'a pas été prouvé, il est alors superflu d'examiner s'il existe un rapport de causalité adéquate (ATF 119 V 335 consid. 4c p. 346).

   Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans

cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337 ; 118 V 286 et les références).

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

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

Il convient d'ajouter qu'en vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations ne sont pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident assuré. En effet, la jurisprudence a souligné à cet égard (ATFA non publié du 9 juillet 2002 en la cause U 157/01) que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (status

quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (status quo sine) (cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4 ; DEBRUNNER / RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52 ; MEYER-BLASER, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093).

10. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 352 consid. 3a).

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

    C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie uniquement sur la base d'un dossier n'a de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 346 consid. 3d).

    En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Cela dit, le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée

par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. Le juge examinera si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal (ATF 125 V 352 ss consid. 3b).

11. En l'espèce, le recourant se base sur les avis des Dr N_____, E_____ et S_____ pour justifier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 8 août 1997 et les troubles lombaires dont il souffre aujourd'hui.

    De son côté, la SUVA s'appuie sur les rapports des Dr K_____ et T_____ pour retenir l'absence d'un tel lien.

    Il ressort des pièces médicales au dossier et de l'instruction complémentaire menée par le Tribunal de céans que les médecins s'accordent sur le fait que la spondylolyse et le spondylolisthésis associé étaient préexistants au traumatisme. Par contre, ainsi qu'on vient de le voir, les avis divergent sur le lien de causalité (thème de la décompensation induite par l'accident ou de la boiterie).

    Sur la question des problèmes dorsaux, le Dr K_____ a relevé, dans son rapport du 7 août 2002, qu'il n'y avait pas d'évidence clinique d'une décompensation de spondylolisthésis, notamment sur le plan radiologique, inchangé depuis 1999. Une décompensation post traumatique était théoriquement possible, mais une discussion de ce point était superflue en l'absence d'évidence clinique ou radiologique d'un tel phénomène.

    Concernant la question de la valeur probante, on doit constater que le rapport du Dr K_____ du 7 août 2002 repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale du recourant, qu'il ne contient pas d'incohérences et aboutit à des conclusions motivées. Par ailleurs, il se fonde sur un examen clinique complet et prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré ; au plan médical, la description du contexte et l'appréciation de la situation sont claires, de sorte qu'il y a lieu d'accorder pleine force probante à ce rapport.

    L'avis du Dr K_____ ayant été mis en doute par le recourant au moyen de divers certificats médicaux de ses médecins traitants, la SUVA a demandé l'avis d'un spécialiste en médecine des assurances, à savoir le Dr T_____, sur la question du lien de causalité naturelle.

    Selon ce médecin, le fait que le spondylolisthésis sur lyse isthmique ait été présent sur une radio effectuée le lendemain de l'accident excluait une étiologie traumatique à sa source, ce que pratiquement tous les médecins avaient admis. Par la suite, avait été évoquée la possible influence d'un phénomène de boiterie, induite par les pathologies du membre inférieur droit. Or, la doctrine médicale et les récentes expériences menées par les chercheurs démontraient que le phénomène de

boiterie n'était pas responsable de l'émergence de lombalgies. S'agissant du cas précis de l'assuré, il n'était pas possible de documenter une progression du glissement vertébral antérieur de L5 sur S1 entre 1997 et 2002. Il était par contre possible que la discopathie se soit péjorée, cela étant toutefois normal en fonction de l'évolution du temps. Par ailleurs, à la lecture du dossier médical de l'assuré , il était difficile d'admettre que la boiterie soit impliquée dans l'émergence des troubles lombaires.

Le Dr T_____ a également ajouté qu'il n'était même pas certain que cette pathologie, qui n'était de loin pas toujours symptomatique, soit impliquée dans l'étiologie des plaintes émises par l'assuré.

Ce rapport se base sur un dossier contenant de nombreuses appréciations médicales établies suite à un examen personnel de l'assuré. Il est extrêmement fouillé et les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Pour parvenir à ses conclusions, le Dr T_____ avait en ses mains les rapports de tous les médecins ayant examiné l'assuré avant lui et s'est appuyé sur l'entier du dossier, notamment les constatations cliniques et radiologiques y figurant. On ne peut que constater que son rapport se base sur un dossier bien étayé. Son appréciation a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et est illustré par la doctrine médicale topique, ainsi que par diverses expériences pratiques. Elle se base également sur l'étude attentive du dossier. Tant la description du contexte médical que son appréciation sont claires et les conclusions sont motivées. Ce rapport doit donc se voir reconnaître pleine force probante en ce qui concerne la question du lien de causalité s'agissant des troubles lombaires. Sur ce point, il doit être considéré comme le rapport de référence.

Par ailleurs, les arguments invoqués par le Dr E_____ en ce qui concerne le phénomène de boiterie et son éventuelle influence sur les troubles lombaires subséquents ne résistent pas à l'analyse complète et convaincante du Dr T_____.

S'agissant des médecins cités par le recourant, ceux-ci n'amènent nullement la preuve de l'existence d'un lien de causalité. En effet, leurs conclusions sur la question de la causalité naturelle sont peu étayées. En concluant à une telle évidence en invoquant pour principale motivation l'absence de symptômes avant l'accident du 8 août 1997, ces médecins fondent en réalité leur argumentation, pour l'essentiel, sur un raisonnement de type, «post hoc, ergo propter hoc», lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341 s. consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b)

En effet, le Dr Q_____ lors de son audition par le Tribunal de céans, s'est fondé principalement sur la confiance portée au patient et sur le fait que l'affection

était asymptomatique avant l'accident. Il a toutefois précisé qu'il ne possédait pas de preuve de ses affirmations et qu'aucun examen médical ne pourrait la lui fournir. Toutefois, son raisonnement, au contraire de celui du Dr T_____, n'est pas même étayé par des indices ou d'autres informations médicales. Il en va de même du Dr E_____, qui a résumé sa position et qui s'est exprimé sur l'appréciation du Dr T_____ en date du 9 mai 2005, puisqu'aucun élément de son écriture ne permet d'amener à la conclusion de l'existence d'un lien de causalité au degré de vraisemblance prépondérante requis. A noter enfin que ces médecins n'amènent pas d'éléments nouveaux pertinents qui auraient été méconnus par le Dr T_____ et qui seraient propres à mettre ses conclusions en doute.

Enfin, à l'issue de l'instruction réalisée par le Tribunal de céans, le Dr T_____ s'est à nouveau prononcé sur les affirmations des Drs S_____ et E_____, dans une écriture que l'on doit à nouveau qualifier de convaincante. On constate que son appréciation couvre l'entier de la problématique médicale et qu'elle est étayée par de la doctrine médicale pertinente. Contrairement aux avis des médecins du recourant, l'avis du Dr T_____ ne se base pas uniquement sur son intime conviction ou sur les plaintes du recourant. Ses explications écartant une décompensation suite à l'accident ou l'effet d'une boiterie sont à nouveau pleinement convaincantes et, conformément à la jurisprudence en la matière, doivent se voir accorder pleine force probante.

12. En conséquence, on doit en conclure que les rapports des Dr N_____, E_____ et S_____ ne sont pas propres à infirmer l'appréciation médicale exprimée par le Dr T_____ et que c'est donc à juste titre que la SUVA s'est principalement basée sur ce rapport pour conclure à l'inexistence d'un lien de causalité dans le cas de l'assuré au degré de la vraisemblance prépondérante.

13. Cela étant, le Tribunal de céans est fondé, sans qu'il soit nécessaire de procéder à des mesures d'instruction complémentaire, à s'écarter de l'appréciation des médecins du recourant pour ne retenir que celles des Drs K_____ et T_____, qui revêtent plein valeur probante. Pour le surplus, l'audition des Drs E_____ et N_____ s'avère ainsi inutile.

Le recours doit donc être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

Le greffier : La Présidente :

Walid BEN AMER Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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