

GE_GERICHTE ATAS/303/2011 vom 14. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_303_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/303/2011 du 14 mars 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/303/2011 del 14 marzo 2011

Erwägungen

E. 1

La recevabilité du recours ayant été examinée dans le cadre de l'arrêt incident sur mesures provisionnelles, il n'y sera pas revenu. En ce qui concerne la compétence, il sied de préciser que jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/2888/2010 - 13/22 -

E. 2

La question litigieuse porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations suite à l'annonce d'une rechute de son accident en date du 18 décembre 2008. Il s'agira de se déterminer sur le lien de causalité entre les troubles présentés dès ce moment-là et l'accident survenu en date du 19 novembre 1993.

E. 3

a) 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-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. ATFA non publié du 17 mai 2002, U 293/01 consid. 1, résumé dans REAS 2002 p. 307). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à

la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c).

E. 4

a/aa) 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). a/bb) En matière de lésions du rachis cervical par accident du type « coup du lapin » (Schleudertrauma, whiplash-injury) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être

A/2888/2010 - 14/22 - reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b). En outre, l'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après une période de latence (par exemple : vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (cf. arrêts U 580/06 du 30 novembre 2007 et U 215/05). Dans un arrêt du 19 février 2008 publié aux ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé la jurisprudence en matière d'accidents de type « coup du lapin » et lésions similaires. Il ressort de cet arrêt que la causalité naturelle ne peut être admise que dans la mesure où elle se fonde sur des données médicales fiables, soit des constatations de spécialistes. Les circonstances de l'accident et les douleurs dont se plaint l'assuré doivent être documentés de la manière la plus précise possible ; ainsi y a-t-il lieu d'interroger l'assuré sur son état antérieur (par exemple à l'aide du questionnaire préparé par l'Association suisse d'assurance lors de la première consultation médicale après un traumatisme d'accélération crânio-cervical). Les déclarations de l'assuré sur les circonstances de l'accident et sur les douleurs doivent cependant être examinées de manière critique à l'aune d'exigences élevées et des autres données relatives au déroulement de l'accident (rapport de police, etc.) et de ses suites. Si le diagnostic de traumatisme cervical n'est qu'une suspicion, le médecin doit l'indiquer. Même si le médecin estime qu'il s'agit

bien de lésions à la suite d'un traumatisme d'accélération crânio-cervical, il faut encore se fonder sur les circonstances de l'accident et sur l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance pour allouer les premières prestations d'indemnités journalières et de frais de traitement (consid. 9). Dans un grand nombre de cas concernant ce type d'accident, on constate une amélioration sensible après peu de temps. Par contre, lorsque les douleurs sont durables et se chronicisent, se pose la question du droit à une rente. Dans cette hypothèse, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise médicale multidisciplinaire. Il en va de même si un tel processus apparaît déjà peu de temps après l'accident (consid. 9.3). Précisément, une telle mesure d'instruction doit être ordonnée si les douleurs persistent six mois après le traumatisme et confiée à des spécialistes et comporter des examens neurologique, orthopédique, psychiatrique et, cas échéant, neuropsychologique. Pour certaines questions, elle

A/2888/2010 - 15/22 - devra être complétée par un examen otoneurologique, ophtalmologique ou autre. L'expert devra prendre en compte les documents recueillis relatifs aux circonstances de l'accident, les premières constatations médicales et le développement jusqu'au jour de l'expertise. Seules seront considérées les déclarations convaincantes et les plaintes crédibles de l'assuré. Par ailleurs, l'expert posera un diagnostic différentiel entre les troubles de nature somatique et ceux de nature psychique, étant précisé que le seul fait qu'il y ait des circonstances sociales ou socioculturelles ne suffit pas à nier la relation de causalité (consid. 9.5). b/aa) En ce qui concerne la causalité adéquate, elle est donnée si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 110 consid. 3a, 123 V 98 consid. 3, 122 V 415 consid. 2c). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 383 ss, 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b p. 383), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et SVR 2007 UV n° 8 p.

27, consid. 2 ss, U 277/04, et les références; ATF du 6 mai 2008, 8C 339/2007).

A/2888/2010 - 16/22 - b/bb) 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 ou un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique. L'examen de ces critères est toutefois effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 366 sv.; voir également ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99; arrêt U 249/01 du 30 juillet 2002 [RAMA 2002 n. U 470 p. 531]). Par ailleurs, toujours en relation avec l'appréciation du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de type «coup du lapin» et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique, le Tribunal fédéral a précisé que le critère faisant référence au traitement médical était rempli en cas de traitement prolongé spécifique et pénible, que les douleurs prises en considération devaient revêtir une certaine intensité et que l'incapacité de travail devait être importante, en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 10 p. 126; ATF non publié du 11 février 2009, 8C_262/2008 consid. 3.2).

E. 5

a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 (ATF 126 V 322 consid. 5a). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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

A/2888/2010 - 17/22 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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

(ATF 125 V 352 ss consid. 3). c) 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 6

En l'espèce, l'intimée a refusé d'allouer au recourant des prestations dès le 16 décembre 2008, au motif que les troubles qu'il présentait dès cette date-là n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 19 novembre 1993.

E. 7

a) D'après le Dr Q_____, il n'y avait pas de déficit fonctionnel ou de trouble dystrophique au niveau des membres supérieurs, ni d'ailleurs de syndrome sensitivomoteur déficitaire à l'examen neurologique. Au niveau cervical, seuls des troubles dégénératifs étaient présents et vérifiés par le dernier examen IRM effectué en décembre 2008, étant précisé qu'aucune lésion structurelle n'avait été identifiée, suite à l'accident, au niveau de la colonne cervicale. La situation actuelle n'était donc pas en rapport avec les conséquences de l'accident, mais découlait de l'évolution naturelle de troubles dégénératifs multi-étagés. De plus, les autres plaintes exprimées par le recourant au niveau oculaire, dorsolombaire et du membre inférieur gauche ainsi que les problèmes psychiques ne concernaient pas non plus l'assurance-accidents. Le médecin de la SUVA a ainsi conclu qu'il n'y avait aucune

A/2888/2010 - 18/22 - aggravation en relation avec l'accident de 1993 et que l'incapacité de travail actuelle, d'origine multifactorielle, n'était plus à la charge de la SUVA. Dans son appréciation du mois de mars 2010, le Dr R_____ a estimé, en ce qui concernait le syndrome du défilé thoracique, que soit l'évolution spontanée de ce syndrome présenté par le recourant avait été favorable, avec normalisation des paramètres vasculaires, soit cette atteinte n'aurait pas dû être retenue en 1996, dans la mesure où elle ne faisait pas l'objet d'un consensus. Par ailleurs, pour ce qui était des cervicalgies chroniques, il a relevé que les douleurs n'avaient pas été importantes suite à l'accident et que l'existence de cervicalgies chroniques n'était pas étayée dans le dossier. En outre, le recourant avait uniquement développé des troubles dégénératifs pluri-étagés au niveau de la colonne cervicale, lesquels pouvaient partiellement être à l'origine de ses troubles. Enfin, les facteurs de stress psycho-sociaux pouvaient être un facteur de risque de cervicalgies et de chronicisation. Le

médecin a ainsi conclu que c'était à juste titre que la prise en charge de la rechute avait été refusée au plan médical et s'interrogeait rétrospectivement sur le bien-fondé du versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et sur celui de la prise en charge antérieure de diverses rechutes. Le Dr AA_____ a quant à lui établi, durant le mois de mai 2010, qu'aucun dommage neurologique ou structurel n'était survenu rapidement après l'accident et devenu symptomatique, de sorte qu'aucune rechute comportant des suites neurologiques n'était fondée. Les symptômes décrits par le recourant dans le cadre de la dernière annonce de rechute ainsi que les résultats d'examen ne mettaient pas en exergue de cause neurologique organique démontrable. Il a ainsi nié toute relation de causalité vraisemblable entre les symptômes du recourant et l'accident de 1993 et a confirmé la conclusion du Dr Q_____, d'après laquelle les douleurs liées à la rechute de 2008 avaient une origine multifactorielle. Pour le surplus, l'expertise du CEMED confirmait, d'après lui, l'absence de lien de causalité entre des troubles neurologiques et l'accident. Il a enfin estimé que l'incapacité de travail de 50%, attestée par le Dr L_____ depuis le 16 décembre 2008, n'était pas justifiée par des suites neurologiques structurelles ou organiques de l'accident. b) La Cour de céans constate tout d'abord que le rapport du Dr Q_____ se base tant sur un examen du recourant que sur son dossier médical et radiologique. L'anamnèse est exposée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Il a également dûment expliqué son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Quant aux appréciations médicales des Drs R_____ et AC_____, il convient de relever qu'ils se sont tous deux basés sur le dossier radiologique et sur l'ensemble du dossier médical et en particulier sur des rapports contenant un

A/2888/2010 - 19/22 - examen personnel du recourant. De plus, chacun d'eux a également expliqué et motivé les raisons qui l'amenaient à exclure le lien de causalité naturelle entre les troubles allégués par le recourant et l'accident du 19 novembre 1993, se basant qui plus est sur la littérature médicale. Leurs conclusions convainquent la Cour de céans. Il est vrai que ces médecins n'ont pas rencontré le recourant, toutefois, cela n'est pas déterminant, dès lors que, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Enfin, aucun élément n'est susceptible de mettre en doute leur impartialité. Les rapports des médecins précités répondent par conséquent aux exigences permettant de leur reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence. c) Reste à déterminer s'il existe, comme le soutient le recourant, des indices concrets remettant en cause le bien-fondé de leurs conclusions. Tout d'abord, le rapport du 10 décembre 2010 du Dr L_____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, permet d'exclure tout lien de causalité entre l'existence éventuelle d'un syndrome du défilé thoracique et l'accident du 19 novembre 1993. En revanche, il en ressort que les cervico-brachialgies dont souffre le recourant devaient être mises en rapport avec l'accident, attendu que celui-ci n'avait pas présenté une telle pathologie auparavant, que ses plaintes ne s'étaient pas modifiées durant les années et que l'arrêt de travail depuis le mois de décembre 2008 était justifié par une péjoration de cette pathologie. Toutefois, à cet égard, la jurisprudence considère qu'admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident revient à se fonder sur l'adage « post hoc ergo propter hoc » lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s. ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., consid. 3b). Par ailleurs, le Dr L_____ s'est par

la suite essentiellement prononcé en termes généraux et ne motive pas son point de vue. En effet, il indique, d'une part, sans plus d'explications, qu'il pouvait imaginer que l'accident subi par le recourant puisse entraîner au fil des années des lésions dégénératives aboutissant à un canal étroit. D'autre part, il dit ne pas partager l'avis du Dr R_____ du 7 octobre 2009, qui soulèverait une argumentation favorable à la position de l'assureur, sans mentionner quels points de son rapport ne lui paraîtraient pas convaincants. Au vu de ce qui précède, son rapport ne permet pas de douter des conclusions des médecins de l'intimée. Quant à la Dresse E_____, qui a été consultée par le recourant le 10 janvier 2011 pour réévaluer le syndrome du défilé thoracique diagnostiqué en 1995, elle a conclu à la disparition tant de la symptomatologie douloureuse que de l'hémodynamique du défilé thoracique, de sorte qu'elle rejoint à cet égard les constatations des Drs L_____ et R_____.

A/2888/2010 - 20/22 - En outre, le rapport d'expertise du CEMED du 16 avril 2010 corrobore les conclusions des médecins de la SUVA, attendu que les experts ont retenu que le recourant était fixé sur les conséquences de l'accident du 19 octobre 1993, alors même que les éléments cliniques et paracliniques objectifs découlant de l'accident étaient discrets et que sa capacité de travail était pleine et entière dans l'activité habituelle, eu égard notamment à ses cervico-brachialgies. Les seuls troubles limitant la capacité de travail du recourant étaient ses troubles oculaires, soit sa xérophtalmie bilatérale. Toutefois, le spécialiste en neuro-ophtalmologie ayant examiné le recourant a exclu tout lien de causalité entre ses troubles oculaires et l'accident du 19 novembre 1993. Dans son rapport de 20 février 2009, la Dresse K_____ a retenu, quant à elle, que bien que l'examen clinique mettait en évidence des signes en faveur d'un syndrome du défilé thoracique neurologique gauche, cela n'avait pas pu être confirmé par l'examen électroneuromyographique. Ce rapport permet ainsi de confirmer le contenu du rapport du Dr R_____, lequel a en substance exclu l'existence de ce syndrome. Quant aux divers rapports du Dr AB_____, lesquels sont sommaires, ils ne sont pas susceptibles de remettre en cause les rapports des médecins de l'intimée et du CEMED. Par ailleurs, le Dr P_____, qui indique, en date du 8 juin 2009, qu'aucune complication vasculaire d'un syndrome du défilé thoracique ne ressort de son examen, ne fait que réaffirmer le contenu du rapport du Dr R_____, qui a d'ailleurs pris en considération les résultats exposés par ce médecin. Qui plus est, le Dr A_____, radiologue, a déclaré, durant les mois de mai 1994 et de janvier 1996, sur la base des clichés radiologiques, qu'il n'existait pas de lésion post-traumatique. Pour ce qui est enfin des troubles oculaires, le rapport du Dr S_____, spécialiste en ophtalmologie, confirme les conclusions des experts du CEMED, et singulièrement le fait que la xérophtalmie ne présente pas de lien de causalité naturelle avec l'accident de 1993, dans la mesure où il a retenu ce même diagnostic, mais qu'il précise ignorer l'existence de l'accident. d) Partant, les éléments mis en exergue par les différents médecins précités ne justifient pas que l'on s'écarte des conclusions convaincantes des médecins de l'intimée, mais permettent au contraire de conclure, au degré de vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, à l'absence de rapport de causalité naturelle entre les atteintes somatiques dont souffre le recourant depuis le mois de décembre 2008 et l'accident du 19 novembre 1993.

A/2888/2010 - 21/22 - e) Pour le surplus, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire telle que sollicitée par le recourant, et en particulier une comparution des parties ou l'audition des Drs L_____, E_____ ou AB_____, et ce en

l'absence d'avis médicaux convaincants allant à l'encontre des appréciations des médecins de l'intimée qui se sont prononcés de manière probante sur le cas du recourant, appréciations qui ont d'ailleurs été confirmées par les experts du CEMED (appréciation anticipée des preuves; ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 et les arrêts cités).

E. 8

Au vu de ce qui précède et dans la mesure où le rapport de causalité naturelle entre les troubles annoncés par le recourant au mois de décembre 2008 et l'accident du 19 novembre 1993 doit être nié, il n'est pas nécessaire d'examiner si un lien de causalité adéquate entre ces troubles et l'accident est réalisé.

E. 9

La décision de l'intimée, n'allouant pas de prestations au recourant en relation avec ses atteintes et son incapacité de travail de 50% annoncées le 18 décembre 2008, est dès lors fondée.

E. 10

Le recours doit ainsi être rejeté.

A/2888/2010 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant Au fond :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.