

GE_GERICHTE ATAS/916/2008 vom 26. August 2008

GE Cour de justice, 2008-08-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_916_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/916/2008 du 26 août 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/916/2008 del 26 agosto 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le recours a été déposé dans les délai et forme légaux, de sorte qu'il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 2.2

p. 405; 125 V 456 consid. 5a p. 461). 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 p. 112 sv., 123 V 98 consid. 3 p. 100 ss; 122 V 415 consid. 2c p. 417 sv.). La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en

A/1528/2008 - 16/20 - considération les sept critères exhaustifs (cf. ATF 134 V 109 du 19 février 2008 précité, consid. 10.2) suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (consid. 10.2.1); - la gravité ou la nature particulière des lésions, étant précisé que le seul diagnostic de distorsion cervicale ne suffit pas pour admettre la réalisation de ce critère. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse, telles que la position particulière du corps lors de l'accident avec les complications qui s'en suivent ou d'autres lésions

importantes déterminantes équivalentes à une distorsion cervicale ou à un traumatisme crânio-cérébral (consid. 10.2.2) ; - la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds (consid. 10.2.3) ; - les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours (consid. 10.2.4) ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (consid. 10.2.5) ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes (consid. 10.2.6) ; - et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail. A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail (10.2.7). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident

A/1528/2008 - 17/20 - se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). 4.5. Les parties ont toutes deux qualifié à juste titre l'accident de gravité moyenne, mais divergent toutefois de point de vue en ce que le recourant conteste que cet accident serait à placer à limite inférieure de la banalité. De plus, selon l'intimée, aucun des critères jurisprudentiels permettant d'établir le lien de causalité adéquate n'est réalisé, alors que le recourant estime que plusieurs d'entre eux le sont, de sorte que le lien de causalité adéquate devrait, selon lui, être donné. Le point de vue du recourant ne saurait être suivi. En effet, lorsque l'accident s'est produit, celui-ci circulait sur la route de Versoix à une vitesse de 40 km/h, vitesse pouvant être qualifiée de peu importante. La voiture l'ayant percuté n'a pas respecté un stop. Les dommages matériels peuvent être qualifiés d'usuels lors d'un choc entre deux véhicules. Il n'y a pas eu de blessé grave. Enfin, bien que le recourant affirme que les douleurs à la nuque se soient manifestées immédiatement, il n'est allé consulter son médecin traitant que quatre jours après l'accident. Il résulte ainsi de ce qui précède que l'accident du 7 novembre 2006 peut objectivement être qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite de la banalité, de sorte qu'il sera procédé à un examen des sept critères permettant d'admettre le lien de causalité adéquate. En ce qui concerne tout d'abord les circonstances entourant l'accident, elles étaient loin d'être dramatiques. En effet et comme il a déjà été indiqué, le recourant roulait à une faible vitesse et la voiture a été percutée à l'aile arrière droite sans que les dommages puissent être qualifiés d'inusuels lors d'une collision entre deux véhicules. Les lésions subies par le recourant étant celles qui caractérisent typiquement le traumatisme de type « coup du lapin » et qu'il n'y a eu aucun élément de gravité particulière pouvant influencer la symptomatologie douloureuse, le deuxième critère ne saurait être admis. Quant au critère de la durée anormalement longue du traitement médical, le recourant soutient qu'il est rempli, attendu qu'il est toujours sous antalgique et

régulièrement suivi par son médecin de famille. Toutefois, le Tribunal ne saurait suivre l'avis du recourant. Le traitement médical par antalgique est, en effet, un traitement qui vise d'avantage à lui procurer une meilleure qualité de vie qu'une amélioration effective de cette dernière et les visites chez son médecin traitant ne lui permettent pas non plus d'atteindre cet objectif. Les traitements ont duré environ neuf à dix mois, ce qui n'est pas une durée anormalement longue au vu du type d'accident dont il est question. Ainsi, le troisième critère n'est pas rempli non plus.

A/1528/2008 - 18/20 - De surcroît, il n'y a eu aucune erreur dans le traitement médical et aucune complication ou difficulté ne sont apparues au cours de la guérison, de sorte que ces deux critères ne sont pas non plus réalisés. Pour ce qui est du critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, le Tribunal de céans constate que les spécialistes, soit la CRR et le Dr U_____ ont considéré que le recourant était apte à travailler à 100% à partir du 1er octobre 2007, soit environ dix mois après l'accident. Il ne ressort cependant pas du dossier que le recourant ait essayé de reprendre une activité. Toutefois, peu importe qu'il n'ait pas fait les efforts nécessaires pour se réinsérer, les médecins ont considéré qu'il était apte à travailler dix mois après l'accident, durée d'incapacité qui n'est pas excessivement longue au vu de l'accident et du type d'activité du recourant. Par conséquent, ce critère n'est pas rempli. Enfin, en ce qui concerne les douleurs, le recourant indique que celles à la nuque persistent depuis l'accident. Les spécialistes ne nient pas que le recourant puisse souffrir de ses douleurs à la nuque; toutefois, rien n'indique qu'elles résultent de l'accident. Les médecins affirment que le recourant s'autolimité depuis l'accident et que son attitude entretient ses douleurs. En tout état de cause, les douleurs ne sont pas d'une intensité telle que ce seul critère permette de retenir le rapport de causalité adéquate comme établi. Partant, le rapport de causalité adéquate entre les troubles encore allégués par le recourant après le 30 septembre 2007 et l'accident de novembre 2007 sera nié.

E. 2.3

et les références). Il y a lieu d'ajouter que l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3 ; RAMA 2000 N° U 363 p. 46, consid. 3a et la référence citée). 4.2. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Selon le principe de 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 description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. (ATF 125 V 352 ss consid. 3a). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, au

A/1528/2008 - 13/20 - stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé. (ATF 125 V 351 ss consid. 3b/bb) De plus, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Enfin, dans un arrêt récent du 26 mai 2008 (8C_152/2007) destiné à la publication, le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait des controverses scientifiques et médicales concernant tant l'interprétation des résultats des IRM fonctionnelles (fMRT) suite à un accident de type "coup de lapin" qu'en ce qui concerne l'évaluation de la causalité. Il a estimé que l'IRM fonctionnelle, n'étant pas reconnue par tous les spécialistes comme ayant pleine valeur probante dans le cadre d'un traumatisme cervical, ne pouvait pas être retenue comme moyen de preuve de la causalité. 4.3. En l'espèce, l'intimée refuse de prendre en charge les troubles du recourant au-delà du 30 septembre 2007. Elle fonde son refus tant sur les rapports des médecins de la CRR que sur celui du Dr U _____ du 8 février 2008 et a considéré que le lien de causalité naturelle entre les atteintes alléguées et l'accident n'était plus donné dès le 1er octobre 2007, de sorte qu'il y aura lieu de déterminer si le rapport de causalité existait encore à cette date. Il sera rappelé que suite à l'accident du 7 novembre 2006, le recourant a présenté le tableau clinique typique de lésion du rachis cervical par accident du type "coup du lapin", de sorte que l'intimée a, et à juste titre, pris en charge les examens et les traitements médicaux liés aux troubles cervicaux et lombaires du recourant et lui a versé des indemnités journalières. Ce faisant, l'assureur a reconnu le rapport de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident survenu en novembre 2006. Le recourant soutient que le lien de causalité naturelle est donné même après le 30 septembre 2007, attendu qu'il souffre toujours de cervicalgies chroniques, de nausées, de vertiges et d'un état de fatigue chronique. Il indique être toujours en incapacité de travail à 100%.

A/1528/2008 - 14/20 -

Il ressort du rapport final et multidisciplinaire (avis sur le plan psychiatrique, de l'appareil locomoteur et de physiothérapie) du Dr Q _____ que le recourant a séjourné à la CRR sept mois et demi après son accident de la route. Le diagnostic primaire de réadaptation neurologique a été posé ainsi que les diagnostics secondaires de traumatisme indirect du rachis cervical lors d'un accident de voiture, de cervicalgies chroniques et de trouble dépressif majeur (état actuel léger) probable. Les co-morbidités étaient les lombalgies chroniques et l'hypercholestérolémie traitée et contrôlée par Statine. D'un point de vue rhumatologique, il n'existait pas de signe en faveur d'une lésion anatomique qui puisse expliquer le tableau clinique actuel. Aucun suivi psychiatrique n'a été préconisé suite à la sortie du recourant de la clinique, mais une visite chez son médecin traitant et huit séances de physiothérapie, soit deux par semaine, ont été prescrites. Il a été préconisé une incapacité de travail à 100% du 2 août au 2 septembre 2007, puis une augmentation rapide de la capacité de travail à 50% dès le 3 septembre 2007. Suite à ce rapport, le Dr W _____, médecin conseil de la SUVA, a considéré que les conséquences somatiques de l'accident étaient terminées. Dans un rapport très succinct du 19 janvier 2008, le nouveau médecin traitant du recourant a indiqué que celui-ci souffrait toujours de cervicalgies chroniques qui provoquaient une limitation fonctionnelle de la nuque, de nausées, de vertiges et d'un état de fatigue chronique. Il a soulevé le problème de l'hernie discale paramédiane droite en C5/C6 et a fondé son diagnostic sur l'IRM fonctionnelle de la colonne cervicale effectuée au FMRI Zentrum à Zurich. D'après lui, le recourant était toujours en incapacité de travail à 100% dans son travail de manœuvre. Quant au Dr U _____, il a, dans son rapport de février 2008, constaté que les IRM effectuées n'avaient pas présenté de particularités notoires ni pu mettre en évidence de lésions d'ordre organique ou morphologique du rachis cervical consécutives à la collision du 7 novembre 2006. Il a précisé avec une quasi certitude que la petite hernie discale paramédiane droite en C5/C6 décelée était sans impact d'un point de vue clinique et qu'elle ne pouvait servir d'explication aux doléances du recourant. Enfin, il a soutenu qu'il n'existait aucune modification structurelle ou morphologique qui permettait d'expliquer que le recourant soit limité dans son existence quotidienne et que ce dernier ne devait pas céder à la tentation de recourir à d'autres mesures thérapeutiques sur la base d'hypothèses erronées, comme celle d'être convaincu que l'accident ait pu avoir des suites graves non identifiées à ce jour, attitude que le médecin a jugé apte à desservir le recourant en le laissant croire qu'il avait subi des lésions ou en le confortant dans cette certitude. Il a également précisé que la diminution de la capacité de travail du recourant n'était pas due à l'accident, et ce particulièrement après le 30 septembre 2008. Ce dernier avis médical a été établi en pleine connaissance du dossier et se fonde tant sur les rapports médicaux antérieurs, les IRM que sur les plaintes du recourant.

A/1528/2008 - 15/20 - Les résultats de ce rapport de spécialiste sont extrêmement convaincants, fiables et ses conclusions sont bien motivées. Ce rapport n'est pas susceptible d'être remis en cause par les quelques constatations non motivées du nouveau médecin traitant du recourant, qui est enclin à prendre parti pour son patient et dont les constatations ont d'ailleurs, selon la jurisprudence, moins de poids que celles d'un spécialiste (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Qui plus est, l'IRM fonctionnelle sur laquelle se base le médecin traitant ne peut, selon la jurisprudence citée, être retenue comme un moyen de preuve dans le cas d'un traumatisme cervical tel que celui dont il est question. Le Tribunal ne peut ainsi que reconnaître à ce rapport pleine valeur probante. Par conséquent, il y a lieu de suivre l'avis convainquant du Dr U _____ qui exclut, en tous les cas dès le 1er octobre 2007, le rapport de causalité

naturelle entre les troubles du recourant et l'accident. Il ne peut ainsi qu'être constaté au degré de la vraisemblance prépondérante que le rapport de causalité naturelle doit être nié à partir du 1er octobre 2007. 4.4. Quoi qu'il en soit, le recours devra en toutes hypothèses être rejeté, attendu que le rapport de causalité adéquate entre les atteintes à la santé et l'accident doit être nié. Ce rapport de causalité adéquate est admis, 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 paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 p. 181, 402 consid.

E. 3

Le litige porte sur le point savoir si l'intimée était fondée à supprimer au 30 septembre 2007 le droit du recourant à des prestations d'assurance, soit l'indemnité journalière et le paiement des frais médicaux. Il s'agit de déterminer s'il existe un lien de causalité entre les troubles présentés à cette date et l'accident du 7 novembre 2006. 4.1. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b

A/1528/2008 - 10/20 - et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). 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 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).

A/1528/2008 - 11/20 - Dans un arrêt du 19 février 2008 (U 394/06) 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 documentées 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 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). Par ailleurs, selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte (ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3 et la jurisprudence citée). Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt

A/1528/2008 - 12/20 - une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. (ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid.

E. 5

En conclusion, le recours ne peut être que rejeté.

E. 6

Le recourant estime qu'une mesure supplémentaire d'instruction doit être menée, à savoir une expertise médicale pluridisciplinaire destinée à déterminer l'incidence des atteintes à la santé subies lors de l'accident du 7 novembre 2006 sur sa capacité de travail actuelle. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid.

E. 6.1

et les références citées). En l'espèce, tous les documents médicaux versés au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte que par appréciation anticipée des preuves, le Tribunal de céans considère qu'une expertise pluridisciplinaire s'avère superflue.

A/1528/2008 - 19/20 - Par conséquent, il ne sera pas donné suite à la demande du recourant.

A/1528/2008 - 20/20 -

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