

GE_GERICHTE A/1528/2008 vom 26. August 2008

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1528_2008

FR: GE_GERICHTE A/1528/2008 du 26 août 2008

IT: GE_GERICHTE A/1528/2008 del 26 agosto 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.08.2008 A/1528/2008

A/1528/2008 ATAS/916/2008 du 26.08.2008 (LAA) , REJETE En fait En droit .république et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/1528/2008 ATAS/916/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 2 du 26 août 2008 En la cause Monsieur B _____, domicilié à CHATELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre SEIDLER recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, domiciliée Fluhmattstrasse 1, Case postale 4358, 6002 LUCERNE intimée EN FAIT Monsieur B _____ (ci-après le recourant), né en 1967, a, depuis le 30 octobre 2005, travaillé en tant que maçon pour la société X _____ S.A. à Genève. A ce titre, il était assuré auprès de la SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après SUVA) contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 7 novembre 2006, alors qu'il circulait à environ 40 km/h sur la route de Versoix, le recourant a été percuté à l'aile arrière gauche par une voiture n'ayant pas respecté un stop. Le recourant a eu des douleurs immédiates à la nuque, mais a complété le constat amiable d'accident automobile. Il sera renvoyé aux photographies de la voiture du recourant se trouvant dans l'expertise de BEV Sàrl en ce qui concerne les dommages matériels. En date du 11 novembre 2006, les douleurs à la nuque ne disparaissant pas, le recourant a consulté son médecin traitant, le Dr L _____, qui a attesté de son incapacité totale de travailler à partir du 7 novembre 2006. Le 22 novembre 2006, l'employeur a annoncé l'accident à la SUVA, qui a pris en charge le cas. Le 25 novembre 2006, une radiographie par rayon X de la colonne cervicale de face et profil et de la colonne lombo-pelvienne de face et profil debout a été effectuée, examen qui était dans les limites normales, sans pathologie décelable. En effet, en ce qui concerne la colonne cervicale, l'alignement des segments cervicaux était correct, la densité osseuse normale sans mise en évidence de lésion osseuse focale et notamment pas de signe de fracture. Il n'existait pas de luxation ou de subluxation ni de côte cervicale. Quant à la colonne lombo-pelvienne, une discrète bascule du bassin impliquant une différence de longueur des membres inférieurs de quelques millimètres avait été constatée. L'alignement des segments lombaires était correct. La densité osseuse était normale sans mise en évidence de lésion osseuse focale. Rien n'indiquait notamment une fracture de la colonne lombaire. La hauteur des disques inter-vertébraux en l'absence de signe de discopathie significative était normale. En date du 10 janvier 2007, le recourant a répondu à un questionnaire d'un inspecteur de la SUVA. Il en ressort notamment que lors de l'accident, le véhicule du recourant est parti sur le côté et ayant immédiatement freiné, ce dernier est "parti violemment en avant puis en arrière". La ceinture de sécurité était portée, l'appui-tête ajusté correctement, mais l'airbag ne s'est pas déclenché. Quant aux troubles dont le recourant dit avoir souffert immédiatement, il s'agit de panique, de douleurs à la

nuque et de douleurs dorsales. Des insomnies, des vertiges, un état dépressif, des migraines légères ainsi que des troubles de la vue sont apparus dans les trois jours. Lors de la première consultation médicale du 11 novembre 2006, le médecin traitant a posé le diagnostic de "coup du lapin" et a prescrit des antidouleurs, des anti-inflammatoires et le port d'une minerve. Le recourant a indiqué se sentir mieux trois mois après l'accident, mais portait toujours une minerve par peur de faire un geste brusque. Il arrivait également beaucoup mieux à dormir, mais lorsqu'il se réveillait sur une douleur au niveau de la nuque, il n'arrivait plus à se rendormir. Il bénéficiait de séances de physiothérapie depuis le 8 janvier 2007. Quant à son état antérieur à l'accident, des troubles du dos étaient préexistants, mais ils n'avaient jamais fait l'objet d'une consultation médicale ni d'un arrêt de travail, car ils n'avaient jamais été handicapants. Le recourant était "employé temporaire" lors de l'accident, mais il devait signer un "contrat fixe" au cours de l'année, espérant recouvrer sa pleine capacité de travail rapidement. Il était toujours en incapacité totale de travail, mais était très optimiste quant à l'évolution de ses troubles, attendu qu'il se sentait mieux tant sur le plan physique que psychologique. Le 18 avril 2007, le recourant a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Celui-ci a pris en considération les plaintes du recourant et a constaté que sa mobilité cervicale était extrêmement réduite avec description d'une douleur située au niveau de la musculature paravertébrale cervicale droite et du trapèze. De plus, il y avait une extension des douleurs au niveau lombaire avec une restriction de mobilité. A la palpation, les douleurs lombaires étaient un peu diffuses sans point douloureux réellement localisé. Les radiographies étaient normales. Le médecin a conclu que la mobilité cervicale restait extrêmement réduite et qu'il existait une symptomatologie douloureuse lombaire. Il a prescrit un séjour en clinique de réadaptation professionnelle afin qu'un bilan multidisciplinaire soit établi, les traitements physiques complémentaires mis en route ainsi que le retour au travail préparé, le status actuel rendant la prévision de celui-ci aléatoire. Le recourant était d'accord avec les propositions faites. Le recourant a été hospitalisé à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) du 27 juin au 1^{er} août 2007. Des rapports psychiatrique, de l'appareil moteur, de la colonne cervicale en flexion et en extension et incidence bouche ouverte ainsi que de physiothérapie ont été établis par des spécialistes. D'un point de vue psychiatrique, le Dr M_____, spécialiste FMH en psychothérapie et psychiatrie, a, dans son rapport du 2 juillet 2007, diagnostiqué un trouble dépressif majeur (état actuel léger) probable chez le recourant. Les symptômes énumérés par le recourant (douleurs étendues, vertiges, nausées et différentes pertes fonctionnelles au niveau de la nuque) étaient compatibles avec ce diagnostic. Toutefois, il a précisé qu'en règle générale, "un tel diagnostic ne vaut pas pour une incapacité de travail sur le seul plan de ma spécialité". Dans son rapport concernant l'appareil locomoteur, le Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie a, quant à lui, indiqué que le recourant présentait un excès pondéral avec un relâchement de la sangle abdominale ainsi qu'une bascule pelvienne droite avec scoliose compensatrice. L'examen a été difficile, le recourant s'opposant à toute mobilisation de sa colonne cervicale, par des contrepulsions musculaires. Les radiographies étaient rassurantes. Le médecin rhumatologue n'a pas retenu de "red flag" faisant redouter qu'une lésion anatomique soit responsable du tableau. Il réservait tout pronostic au vu de la durée de l'incapacité et a remarqué que le recourant se retranchait derrière sa douleur malgré le fait que, dès le mois de janvier 2007, il ait concédé une amélioration notable. La prise en charge devait, selon le spécialiste, être axée sur les méthodes actives de rééducation. Des clichés dynamiques de la colonne cervicale et de l'incidence transbuccale ont été effectués

les 9 et 20 juillet 2007. Les Dr O _____ et P _____ ont été très succincts dans leur description de ces clichés. Il en ressort notamment que la flexion n'était pas exécutée et que l'extension était très faible. Par ailleurs, un rapport de physiothérapie a été établi suite à la sortie du recourant de la clinique. Ce dernier a déclaré qu'il ressentait une satisfaction par rapport à sa mobilité au niveau de la colonne. Une physiothérapie intensive a été réalisée durant son séjour avec traitements actifs (automobilisation, étirements, renforcement de la musculature cervicodorsolombaire, participation aux groupes piscine, marche lente, entraînement thérapeutique et tapis électromagnétique) et traitements individuels passifs (thérapies manuelles, massages et thermothérapie par fangothérapie). De multiples tests de douleur, de mobilité active, de force, de tonus, de sensibilité, de coordination ou encore d'équilibre ont été effectués. La mobilité active au niveau de la colonne cervicale était réduite d'un tiers dans toutes les directions, cependant, celle au niveau de la colonne thoracique était normale. La mobilité passive était normale. Le physiothérapeute a proposé la poursuite d'un traitement de physiothérapie ambulatoire deux fois par semaine. Pour de plus amples précisions, il sera renvoyé au rapport de physiothérapie. Suite à ces divers rapports, le Chef du service de neurologie, spécialiste FMH en neurologie, le Dr Q _____ et le Dr R _____, médecin assistant dans ce même service, ont examiné le recourant et effectué un rapport final. Dans ce rapport complet du 20 août 2007 le diagnostic primaire de réadaptation neurologique (Z 50.9) a été posé. Les diagnostics secondaires retenus étaient un traumatisme indirect du rachis cervical lors d'un accident de voiture (T 91.8), des cervicalgies chroniques (M 54.5) et un trouble dépressif majeur (état actuel léger) probable (F 32.0). Des lombalgies chroniques (M 54.5) et une hypercholestérolémie traitée et contrôlée par Statine (E 78.0) s'ajoutaient comme co-morbidités. Les médecins ont procédé à une anamnèse, qui remonte toutefois à la date de l'accident du recourant, ainsi qu'aux examens de médecine générale, aux examens de la colonne cervicale, du rachis dorsolombaire et aux examens neurologiques. Les résultats sont détaillés dans le rapport. Ils ont repris en grande partie les déclarations des spécialistes, mais y ont cependant ajoutés certains éléments. En ce qui concerne le volet psychiatrique, il est précisé dans leur rapport que durant son séjour à la CRR, le recourant a suivi des entretiens psychologiques et participé aux groupes de relaxation. Aucun suivi psychiatrique ambulatoire n'a été préconisé, mais le recourant a été invité à se rendre chez son médecin de famille un mois après sa sortie pour un contrôle. Quant au volet neurologique, les médecins ont indiqué que les clichés dynamiques effectués en juillet 2007 étaient difficilement interprétables au vu des autolimitations du recourant. Enfin, il ressort du rapport des neurologues que le sevrage du collier cervical-mousse a pu être réalisé dès le début du séjour, mais que le recourant est resté dans une attitude figée au niveau cervical, avec mobilisation en bloc de l'axe tête-cou-tronc. Les mobilités cervicales n'ont ainsi pas été améliorées et l'examen clinique à la sortie est resté identique à celui réalisé à l'entrée, avec de nombreuses contrepulsions. Cependant, la poursuite d'une physiothérapie ambulatoire deux fois par semaine a été prescrite au recourant, afin que celui-ci se sente rassuré. En conclusion, le chef du service neurologique n'a retenu aucune lésion anatomique susceptible d'expliquer le tableau clinique exposé. Il a proposé la poursuite d'une incapacité totale de travail pendant quatre semaines, soit jusqu'au 2 septembre 2007, puis une reprise à 50% au moins à partir du 3 septembre 2007, ce qui restait à évaluer avec le médecin traitant. Enfin, compte tenu de la durée de l'incapacité, le pronostic restait réservé, le patient se retranchant derrière sa douleur malgré le fait qu'il ait indiqué une amélioration d'au moins 50% dès le début de l'année 2007. Par courrier du 24 août 2007, la SUVA a, se basant sur les avis des

médecins de la CRR, considéré qu'il était possible de prévoir une reprise du travail. Toutefois, cette reprise devait se faire progressivement après un arrêt de travail de neuf mois. La SUVA reconnaissait ainsi au recourant une capacité de travail de 50% dès le 3 septembre 2007, puis de 100% dès le 1^{er} octobre 2007, de sorte que les indemnités journalières seraient reconnues sur cette base-là. Par avis du 11 septembre 2007, le médecin conseil de la SUVA a considéré qu'au vu de l'analyse faite par la CRR, les conséquences somatiques de l'accident étaient terminées. Le 7 décembre 2007, une imagerie par résonance magnétique (IRM) fonctionnelle a été pratiquée au FMRI Zentrum à Zurich. Le Dr S _____ a conclu qu'il existait une hernie discale mobile en C 5/6 paramédiane droite avec une discrète empreinte sur la moelle et a détecté une discrète ostéochondrose en C 6/7. Par courrier du 19 décembre 2007, le recourant a sollicité une décision formelle de la SUVA quant à la cessation de ses prestations. Sur demande de la SUVA, le nouveau médecin traitant du recourant, le Dr T _____, a précisé que le recourant souffrait encore de cervicalgies chroniques qui lui provoquaient une limitation fonctionnelle de la nuque, des nausées, des vertiges et un état de fatigue chronique, ce qui a déclenché chez ce dernier un état dépressif sérieux et réactionnel. Il a également fait état de l'IRM fonctionnelle qui avait démontré la présence d'une hernie discale paramédiane droite C5/6 mobile avec empreinte sur la moelle ainsi qu'une ostéochondrose C6/7 avec rétrécissement du trou de conjugaison droit lié à une protrusion focale et une uncarthrose. Sur question, il a indiqué que le diagnostic précis était une hernie discale paramédiane D C5/6 et précisé que le recourant était en incapacité de travail à 100%. Il a fait état d'un état dépressif réactionnel. Par rapport du 25 janvier 2008, le médecin d'arrondissement de la SUVA a, au vu des déclarations du médecin traitant, préconisé une appréciation par ses collègues. Par rapport du 8 février 2008, le Dr U _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une appréciation complète de la situation médicale du recourant. Tout d'abord, les examens d'IRM ne présentaient pas de particularités notables. Le médecin a décelé une petite hernie discale paramédiane droite en C5/C6, qui n'aurait vraisemblablement qu'une importance négligeable. Le Dr V _____ a recouru au terme d' "hernie discale mobile" pour décrire les aspects variables de celle-ci - selon les mouvements qui sont exécutés dans l'examen d'IRM cervicale dynamique (en flexion et en extension) - et pour la distinguer d'une hernie discale "molle" ou "dure". Selon le Dr V _____, il n'y aurait qu'un rétrécissement discret du trou de conjugaison (foramen intervertébrale). Apparemment d'après le Dr U _____, le Dr V _____ ignorait que l'IRM effectuée précédemment avait déjà permis de mettre en évidence la petite hernie discale ou, plus exactement, la protusion discale (le diamètre de la base du disque augmente et il "déborde le pourtour du corps vertébral"). Les deux IRM effectuées n'ont pas pu mettre en évidence de lésions d'ordre organique ou morphologique du rachis cervical consécutives à la collision par l'arrière survenue le 7 novembre 2006. Le Dr U _____ doutait que les modifications du disque intervertébral en C5/C6 puissent jouer un rôle dans la symptomatologie présentée par le recourant. Cette modification constatée du disque intervertébral était sans impact d'un point de vue clinique et elle ne pouvait servir d'explication aux doléances du recourant. De plus, il est très peu vraisemblable que cette protrusion discale soit consécutive à la collision par l'arrière du 7 novembre 2006. Le Dr L _____ n'avait relevé aucun symptôme suggestif d'une hernie discale traumatique - ou en d'autres termes, d'une radiculopathie ou d'une myélopathie, ou d'une combinaison de ces deux pathologies - lors de la première consultation qui a eu lieu le 11 novembre 2006. En résumé, le spécialiste en orthopédie a affirmé qu'il était plus que vraisemblable - ou en d'autres termes, il était pratiquement sûr -

que la collision par l'arrière du 7 novembre 2006 n'avait entraîné aucune lésion sérieuse ou grave du rachis cervical du recourant. Le disque intervertébral C5/C6 n'a, en particulier, subi aucun dommage, de sorte qu'une diminution notable de la capacité de travail du recourant ne pouvait être motivée par l'accident, ce qui s'appliquait tout particulièrement à la période postérieure au 30 septembre 2007. Dans l'intervalle, il a admis qu'une discrète profusion focale - ou une petite hernie discale paramédiane droite - en C5/C6 avait été mise en évidence par deux examens d'IRM, modification qui était vraisemblablement sans importance sur le plan clinique. Le Dr U_____ a souhaité rendre attentif le recourant au fait que l'accident dont il avait été victime n'avait pas entraîné de lésion grave de sa colonne cervicale, de sorte qu'il n'y avait pas de raison qu'il se ménage de manière exagérée; cette remarque concernait en particulier son rachis cervical. Le traitement dont le recourant a bénéficié consistait en une immobilisation de cette région à l'aide d'une collerette cervicale et il lui avait été demandé de manifester les plus grandes précautions à cet égard. Cette thérapie n'était, d'après ce même médecin, aucunement indiquée. Elle s'était même, selon lui, avérée contre-productive dans la mesure où elle avait vraisemblablement entraîné un affaiblissement de la musculature de la nuque du recourant. Il a précisé qu'il n'existait aucune modification structurelle ou morphologique qui permettrait d'expliquer que le recourant soit limité d'une quelconque manière dans son existence quotidienne et qu'il ne fallait surtout pas céder à la tentation de recourir à d'autres mesures thérapeutiques sur la base d'hypothèses erronées, comme par exemple le fait d'être convaincu que l'accident ait pu avoir des suites graves non identifiées à ce jour. Une telle attitude serait, selon ce médecin, apte à desservir le patient en le laissant croire qu'il avait subi - malgré tout - de graves lésions ou en le confortant dans cette certitude. Par décision du 28 février 2008, la SUVA a mis fin au paiement des indemnités journalières et des soins médicaux au 30 septembre 2007, attendu que les troubles de la colonne cervicale qui déterminaient encore une incapacité de travail n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 7 novembre 2006. Elle a retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition. Par rapport médical intermédiaire du 3 mars 2008, le médecin traitant du recourant, le Dr L_____, a précisé qu'objectivement, le status local était pratiquement normal, tout en remarquant que le recourant se plaignait toujours de douleurs cervicales, de céphalées et de vertiges. Il préconisait une reprise du travail à 50% à partir du 3 septembre 2007, puis à 100% dès le 1^{er} octobre 2007. Suite à l'opposition du recourant, la SUVA a, en date du 1^{er} avril 2008, rendu sa décision sur opposition rejetant celle-ci et confirmant sa décision du 28 février 2008. Pour ce qui est de l'hernie discale paramédiane droite en C5/C6, elle a retenu que le Dr U_____ avait, au degré de la quasi-certitude, confirmé que l'accident dont avait été victime le recourant n'avait entraîné aucune lésion sérieuse ou grave, le disque intervertébral C5/C6 n'ayant, en particulier, subi aucun dommage. De plus, un événement accidentel n'apparaissait qu'exceptionnellement comme la cause proprement dite d'une hernie discale, de sorte que le lien de causalité naturelle n'était pas avéré. Le recourant ayant subi un atteinte par mécanisme de "coup du lapin", le rapport de causalité adéquate devait être examiné à la lumière de la jurisprudence développée à l'ATF 117 V 359. Dans ce contexte, la SUVA a précisé que le sinistre assuré était à ranger dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite de la banalité. En effet, le déroulement de cet accident n'était objectivement pas impressionnant et était dénué de toute circonstance dramatique; les lésions physiques subies, en l'absence de fracture ou d'atteinte neurologique, n'étaient pas graves; en particulier, il n'avait pas été dénoté d'erreur médicale; il n'y avait pas eu de traitement médical spécifique continu ni d'incapacité de travail

importante, une reprise progressive de l'activité professionnelle ayant déjà été fixée au 3 septembre 2007, soit moins de dix mois après l'accident. Enfin, si le recourant alléguait des douleurs, elles ne sauraient objectivement être qualifiées d'importantes, d'autant moins qu'un comportement singulier avait été mis en évidence chez l'intéressé lors de l'examen rhumatologique réalisé à la CRR par le Dr N_____ (annonce, par exemple, d'une douleur par un rictus avant même que la main de l'examineur ne soit entrée en contact avec la musculature d'insertion cervicale). Ainsi, l'intimée a considéré que l'existence d'un lien de causalité adéquate devait être nié et que c'était à bon droit qu'elle avait mis un terme au paiement des frais médicaux et interrompu le service de l'indemnité journalière au 30 septembre 2007. En date du 2 mai 2008, le recourant a interjeté recours par devant le Tribunal de céans contre la décision sur opposition du 1^{er} avril 2008, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents auxquelles il avait droit. Il a conclu subsidiairement à ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire soit ordonnée. Le recourant conteste l'absence de rapport de causalité entre les troubles dont il souffre et l'accident du 7 novembre 2006. En effet, il ne souffrait d'aucun état maladif antérieur à l'accident et souffre toujours de cervicalgies chroniques provoquant une limitation fonctionnelle de la nuque ainsi que de nausées, de vertiges et d'un état de fatigue chronique. Ces événements ont déclenché chez lui un état dépressif sérieux réactionnel et il se trouverait ainsi toujours en incapacité de travail à 100%. Il soutient également que plusieurs des critères jurisprudentiels tendant à l'admission de la causalité adéquate seraient remplis. Dans sa réponse au recours datée du 30 mai 2008, l'intimée conclut à son rejet et a ajouté que l'incapacité de travail dont le recourant se dit être encore atteint sur la base d'une lettre de son nouveau médecin traitant n'est nullement confirmée par son autre médecin traitant, qui partage l'évaluation réalisée par les médecins de la CRR à savoir celle d'une capacité de travail de 50% dès le 3 septembre 2007, puis entière dès le 1^{er} octobre 2007. Après transmission de la réponse de l'intimée au recourant le 5 juin 2008, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. Le recours a été déposé dans les délai et forme légaux, de sorte qu'il est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 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 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). 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 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. 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 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 1 er 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%. 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. 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 1^{er} 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 1^{er} 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. 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 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 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. 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 1^{er} 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'autolimite 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. En conclusion, le recours ne peut être que rejeté. 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. 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. Par conséquent, il ne sera pas donné suite à la demande du recourant. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Brigitte BABEL La présidente Isabelle DUBOIS La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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