



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3908/2006

ATAS/237/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 6 mars 2007

En la cause

Monsieur A _____, domicilié , THONEX, comparant avec _____ recourant
élection de domicile en l'étude de
Maître Michel BOSSHARD

contre

WINTERTHUR ASSURANCES, Direction Suisse Romande, sise _____ intimée
chemin de Primerose 11, LAUSANNE, comparant avec élection de
domicile en l'étude de Maître Jean-Claude SCHWEIZER

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Juliana BALDE et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur A _____, né en 1955, a travaillé, dès le 21 avril 1997, en tant qu'aide-jardinier auprès de l'entreprise X _____ SA. A ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la WINTERTHUR ASSURANCES (ci-après : WINTERTHUR).
2. Le 10 février 2005, alors qu'il rentrait à son domicile au volant de sa voiture, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Lors d'un ralentissement sur l'autoroute de contournement de Genève, il a freiné énergiquement avant de s'arrêter. Le véhicule qui le suivait a heurté l'arrière de sa voiture qui a télescopé, à son tour, l'automobile arrêtée devant lui. Il portait la ceinture de sécurité.
3. Le 11 février 2005, l'employeur a annoncé l'accident à la WINTERTHUR.
4. Dans un rapport du 11 mai 2005, le Dr A _____, généraliste, a indiqué qu'il avait examiné le patient le 10 février 2005 et que ce dernier avait mentionné un choc arrière avec coup du lapin. Il a constaté des contractures cervicales diffuses avec douleurs paravertébrales cervicales bilatérales, un peu de limitation lors des mouvements de rotation et l'absence de conflit radiculaire. Il a diagnostiqué une entorse cervicale et a attesté une incapacité de travail de 100 % du 11 février au 13 mars 2005, de 50 % du 14 mars au 4 avril 2005, de 100 % du 8 avril au 1^{er} mai 2005, enfin de 50 % dès le 2 mai 2005.
5. Une IRM de la colonne cervicale pratiquée le 17 mai 2005 a révélé des discopathies dégénératives de C4 à C7, mais surtout en C5-C6 avec protrusion discale postérieure médiane et para-médiane gauche.
6. Le 18 août 2005, dans le cadre d'un entretien avec un collaborateur de la WINTERTHUR, l'assuré a précisé que, tout de suite après le choc arrière à sa voiture, il avait ressenti une forte douleur à la nuque et qu'il n'avait pas eu de perte de connaissance. Il s'est plaint d'une forte contracture cervicale irradiant dans les deux épaules, de difficultés à bouger la tête de gauche à droite, d'une douleur cervicale continue du matin au soir, de maux de tête ainsi que d'une douleur à l'oeil gauche, enfin, de difficultés à dormir.
7. Chargé de répondre à la question de l'importance des forces, respectivement des accélérations qui ont agi sur la voiture de l'assuré lors de l'accident de la circulation du 10 février 2005, dans un rapport d'expertise dynamique du 30 août 2005, l'ingénieur ETS RIATSCH, analyste accident à la WINTERTHUR, a estimé que, vu les dommages au véhicule, l'énergie de déformation avait été de 13 à 16 km/h à l'arrière de la voiture et de 5 à 8 km/h à l'avant de l'automobile. Sur la base des résultats de l'analyse de la collision, il a considéré que la vitesse d'accélération de la voiture de l'assuré, sous l'effet du choc arrière, s'était élevée entre 13.6 et 18.6 km/h

et que la différence de vitesse à la suite de la deuxième collision était comprise entre 7.4 et 12.1 km/h. Il a précisé que les résultats qui étaient situés près des valeurs minimales et maximales devaient être considérés comme les moins vraisemblables. Il a expliqué que, selon les études effectuées, la sollicitation limite au-delà de laquelle des lésions durables au niveau cervical pouvaient apparaître se situait, pour les cas normaux, autour d'une différence de vitesse due à la collision de 11 à 15 km. Il a ajouté que l'évaluation définitive du lien de causalité adéquate entre l'accident et les plaintes de l'assuré devait être appréciée par un biomécanicien ou un expert médical en accident.

8. Dans un rapport du 30 septembre 2005, le Dr A_____ a diagnostiqué une entorse cervicale et des discopathies dégénératives cervicales étagées. Il a signalé une évolution stationnaire et a précisé que le patient avait dû se remettre en incapacité de travail à 100 % dès le 11 juillet 2005, car il n'arrivait plus à prolonger les efforts au-delà d'une heure. Il a estimé que des lésions dégénératives sans rapport avec l'accident jouaient un rôle dans l'évolution du cas et il a attesté une incapacité de travail de 100 % depuis le 11 juillet 2005.
9. L'assuré a séjourné du 19 octobre au 15 novembre 2005 dans le service des réadaptations neurologiques de la Clinique romande de réadaptation. Lors de ce séjour, il a été examiné, le 8 novembre 2005, par le Dr B_____, chef de la "établissement hospitalier" de l'hôpital de Sion, qui, dans son rapport du 9 novembre 2005, a fait état de plaintes consistant en très fortes douleurs dans la nuque et irradiant dans le bras droit ainsi que jusque dans le pouce. Lors de son examen clinique, il a constaté une mobilisation du rachis cervical très restreinte, une musculature paravertébrale cervicale hypertendue, enfin, une hypoesthésie C6 droite. Il a estimé que la hernie discale C5-C6, bien qu'elle se situait plutôt à gauche, était assez importante pour expliquer la symptomatologie dans le bras droit également. Il a proposé une discectomie et une arthrodèse C5-C6 que le patient a refusées. A la suite d'un consilium psychiatrique du 24 octobre 2005, le Dr c_____, psychiatre et psychothérapeute, a indiqué, dans un rapport du 3 novembre 2005, que les plaintes du patient consistaient en une irritabilité nettement accrue et d'importants troubles du sommeil. Il a fait état d'une thymie globalement abaissée et d'une irritabilité avec forte impulsivité. Il n'a pas noté d'éléments pour un trouble anxieux spécifique ou psychotique ou pour un trouble de la personnalité avéré. Il a posé un diagnostic de trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive (F 43. 21). En outre, le 10 novembre 2005, le Dr D_____, rhumatologue, a examiné l'assuré qui a expliqué que les paresthésies des doigts avaient disparu mais qu'en contrepartie, il présentait une constellation symptomatique faite de vertiges, de sentiment de perte d'équilibre et de céphalées sus-orbitaires. À l'examen, il a observé un maintien rigide et une lenteur de mouvements. Il a également remarqué un comportement douloureux et une collaboration devenant très aléatoire qui empêchaient les mouvements passifs. Il a signalé l'absence de limitations fonctionnelles dans les mouvements des membres supérieurs et l'absence

d'amyotrophie. Dans son rapport du même jour, il a conclu à l'absence de corrélation entre les anomalies observées au niveau C5-C6 et les symptômes mis en évidence. Il a admis que les troubles dégénératifs pouvaient occasionner des cervicalgies et constituer une épine irritative mais qu'ils ne sauraient expliquer un tableau d'une telle envergure et d'une telle intensité. Il a évoqué l'intervention de facteurs non-lésionnels devant le hiatus entre les plaintes et le comportement, d'une part, et les constatations objectives, d'autre part. Dans son rapport de sortie du 5 décembre 2005, le Dr E _____, chef du service de réadaptation neurologique, a fait état de plaintes consistant également en brachialgies bilatérales avec irradiation à droite jusque dans le pouce associées à des paresthésies à droite et une extension des douleurs à l'ensemble du rachis ainsi qu'au membre inférieur droit. Il a diagnostiqué un status après distorsion cervicale, des cervico-scapulalgies bilatérales (S. 13.4, M. 54.2, M. 89.8), un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive (F. 43.21) ainsi que des co-morbidités, notamment des troubles dégénératifs de la colonne cervicale avec hernie cervicale C5-C6, para médiane gauche, calcifiée (M. 51.0). Au statut neurologique, il a relevé des limitations de la mobilisation cervicale avec des amplitudes difficilement quantifiables. Il a ajouté que la répétition d'un bilan neuroradiologique cervical et dorsal avait mis en évidence un canal cervical étroit en C4-C5 et C5-C6, avec un laminage de l'espace péri-médullaire mais sans anomalie de signal médullaire, une petite protrusion discale postérieure médiane en C4-C5 faisant empreinte sur la moelle, enfin, au niveau C5-C6, une vraisemblable petite hernie discale médiane, para médiane gauche, avec une empreinte sur la partie antérolatérale gauche de la moelle épinière. Il a exposé qu'un complément scanographique avait permis d'exclure une fracture vertébrale provoquée par le traumatisme et avait confirmé la présence d'une hernie discale, au niveau médian, paramédian gauche, en C5-C6. Il a précisé que le patient se plaignait également, à l'entrée, de vertiges à droite, présents depuis cinq à six mois, lors de la marche ainsi que la descente des escaliers et qu'un test au posturographe avait montré une désorganisation sensorielle importante sans atteinte périphérique précise. Il a également mentionné une évaluation aux ateliers professionnels lors de laquelle le patient interrompait ses activités (triage de visserie, petites pièces électriques) en raison des cervicalgies. Il a conclu à l'existence de cervico-brachialgies sur troubles dégénératifs de la colonne cervicale associés à une hernie discale C5-C6 para médiane gauche qui pourrait expliquer les brachialgies à droite. Il a admis une incapacité de travail totale du 19 octobre au 15 décembre 2005 en précisant qu'une réévaluation devait être effectuée, tout en sachant qu'une reprise dans l'ancien travail de jardinier était peu probable.

10. Dans un rapport du 16 décembre 2005, le Dr F _____, chirurgien orthopédiste et médecin-conseil de la WINTERTHUR, a estimé qu'après étude du dossier, les plaintes actuelles du patient étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation avec une arthrose de la colonne cervicale relativement fréquente dès la quarantaine et encore plus dès la cinquantaine. Il a relevé que l'antériorité des

lésions dégénératives avait été mise en évidence par tous les intervenants, y compris le médecin-traitant, et que les investigations n'avaient pas permis de constater l'existence de lésions objectives liées au traumatisme. En outre, il a retenu un diagnostic d'entorse bénigne du rachis cervical à l'occasion d'un mécanisme lésionnel à basse vitesse et, au vu de l'absence de lésions objectives, a fixé le statu quo sine à 12 mois après l'événement. Il a précisé qu'après cette date, les plaintes du patient étaient, de façon probable à hautement probable, en rapport avec son état antérieur dégénératif préexistant ainsi qu'avec les facteurs en partie psychiques ainsi que culturels et non plus avec l'événement traumatique mineur du 10 février 2005.

11. Le 4 janvier 2006, la WINTERTHUR a informé l'assuré que son service médical avait conclu que les troubles actuellement constatés n'étaient plus en rapport avec l'événement accidentel, mais étaient la conséquence d'un état antérieur à celui-ci. Sur la base de ces conclusions, elle a fixé le terme de ses obligations au 28 février 2006 et a considéré qu'à partir du 1^{er} mars 2006, l'évolution irréversible de l'état antérieur aurait conduit au même résultat sans l'accident. En conséquence, elle a mis un terme à ses prestations dès le 1^{er} mars 2006.
12. Dans ses observations du 25 janvier 2006, l'assuré a relevé qu'avant l'accident, il n'avait jamais souffert de douleurs cervicales qui l'auraient empêché de travailler de sorte que la préexistence d'une hernie discale ne permettait pas de nier l'existence d'un lien de causalité. Il a précisé que les symptômes qu'il présentait étaient typiques d'un coup du lapin et que ses troubles psychiques étaient une conséquence de l'accident de sorte qu'il n'était pas possible d'en tirer argument pour contester l'existence du lien de causalité. Il a estimé que l'accident devait être qualifié de grave en raison de la violence du choc qui avait gravement endommagé sa voiture et de la vitesse retenue par l'expert qui était propre à provoquer des traumatismes dans la plupart des cas. Il s'est référé à une étude de la communauté européenne mentionnant que la plupart des blessures de type coup du lapin étaient causées à une vitesse de 15 km/h. Il a estimé que l'atteinte à l'intégrité corporelle justifiait une indemnité de 45 % et qu'il y avait lieu d'ordonner une expertise médicale auprès d'un médecin indépendant pour étudier la question du lien de causalité entre les symptômes présentés et l'accident.
13. Par décision du 14 février 2006, la WINTERTHUR a mis un terme à ses prestations dès le 1^{er} mars 2006. Elle a estimé qu'il n'existait pas de lien de causalité naturelle entre les lésions du rachis cervical et l'accident de type coup du lapin dès lors qu'il n'y avait pas de lésion visible et, en particulier, pas de signes d'une éventuelle fracture, mais bien la présence de lésions dégénératives, soit des facteurs non lésionnels. En outre, elle a considéré que les troubles typiques présentés par l'assuré ne se trouvaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident dès lors que l'accident était de gravité moyenne à la limite des cas bénins et que les critères énumérés par la jurisprudence n'étaient pas remplis de façon cumulative. Enfin, elle

a exposé qu'une expertise médicale n'était pas nécessaire dans la mesure où il existait déjà un rapport pluridisciplinaire établis par la Clinique romande de réadaptation à la suite d'un séjour de l'assuré de trois semaines qui avait la valeur probante d'une expertise médicale.

14. Le 16 mars 2006, l'assuré a formé opposition contre ladite décision. Il a soutenu que puisqu'il n'avait jamais présenté de symptômes dépressifs avant son accident, ceux-ci étaient une suite logique de l'accident. De plus, il a nié que des facteurs d'ordre culturel puissent expliquer le hiatus entre ses plaintes et les constatations objectives. Il a également contesté le diagnostic de trouble de l'adaptation dans un contexte social précaire. Par ailleurs, il a estimé qu'il existait un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail dès lors qu'il présentait une pathologique typique des lésions du rachis cervical. En outre, il a relevé qu'avant l'accident, il n'avait jamais souffert de l'état cervical préexistant bien qu'il exerçait, pourtant, un travail très physique depuis 12 ans. Il a exposé que l'absence de lésion visible à la radiographie était typique des cas du coup du lapin et ne saurait constituer un argument permettant de nier la causalité naturelle. Enfin, il a indiqué que l'état préexistant n'avait jamais constitué une gêne avant l'accident du 10 février 2005 raison pour laquelle l'assureur ne pouvait pas l'invoquer pour mettre un terme à ses prestations et qu'il était donc arbitraire de fixer le statu quo sine 12 mois après l'événement. Quant au lien de causalité adéquate, il a considéré qu'il s'agissait d'un accident grave ou, en tous les cas, de gravité moyenne et que la majorité des circonstances retenues par la jurisprudence étaient réalisées.
15. Par décision sur opposition du 21 juillet 2006, la WINTERTHUR a rejeté l'opposition. Elle a relevé que l'assuré n'avait commencé à ressentir des cervico-brachialgies droites que six mois après l'accident et que les plaintes initiales étaient bien délimitées au niveau de la colonne cervicale. Elle a estimé qu'une valeur probante devait être accordée au rapport du Dr F_____ et que la fixation d'un statu quo sine à 12 mois après l'accident était pour le moins généreuse au regard de la littérature médicale. Elle a exposé que la situation de l'assuré était tout à fait typique des facteurs sociaux ainsi que culturels évoqués par les médecins de la Clinique romande réadaptation et que, hormis l'atteinte cervicale dégénérative clairement démontrée, les autres plaintes avaient plutôt une origine psychique, voire socioculturelle. Elle a considéré que la question de savoir si les troubles actuels étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident pouvait rester ouverte dès lors que le lien de causalité adéquate faisait de toute manière défaut eu égard à la jurisprudence en matière de troubles psychiques.
16. Pas acte du 24 octobre 2006, l'assuré a recouru contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut, principalement, sous suite de dépens, à la poursuite tant du versement de l'indemnité journalière ou d'une rente que de la prise en charge du traitement médical et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45 %, subsidiairement, à la mise en oeuvre

d'une expertise médicale auprès d'un médecin indépendant ainsi qu'à l'évaluation de la causalité par un expert médical en accident ou un biomécanicien. A l'appui de ses conclusions, il reprend exactement les mêmes motifs qu'en procédure d'opposition.

17. Dans sa réponse du 15 décembre 2006, l'intimée a conclu au rejet du recours. En se référant aux chiffres de l'analyste en accident relatifs à l'accélération minimale des véhicules lors des deux chocs, aux blessures légères des conducteurs impliqués et aux dégâts relativement mineurs subis par les véhicules, elle a estimé que l'accident n'avait pas été violent. En se référant à des jugements relatifs à des cas similaires, elle a considéré qu'il s'agissait d'un accident bénin ou, au pire, moyennement grave à la limite inférieure de cette catégorie. Elle a relevé qu'il n'existait aucun élément d'ordre médical permettant de contredire l'appréciation du Dr F _____ estimant qu'il n'y avait plus de relation de causalité naturelle avec l'accident du 10 février 2005 au-delà d'un délai de 12 mois. De plus, elle a exposé que le tableau clinique du recourant avec troubles psychiques ou dépressifs ne correspondait absolument pas aux critères jurisprudentiels permettant d'admettre une causalité adéquate. Enfin, elle a indiqué qu'une contre-expertise ne se justifiait pas dès lors que, dans le cas du recourant, elle n'avait pas failli à son devoir d'instruction d'office et qu'au contraire, pour rendre sa décision, elle s'était basée sur les conclusions d'experts ayant procédé à des investigations complètes.
18. Le 22 décembre 2006, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant.
19. Le 4 janvier 2007, il a ordonné la comparution personnelle des parties qui a eu lieu le 16 janvier 2007. Lors de cette audience, le recourant a déclaré qu'il voyait son médecin-traitant une fois par mois et qu'il était toujours en arrêt de travail. Il a ajouté qu'il n'avait pas accepté de se faire opérer. Il a expliqué qu'il avait tenté deux fois de reprendre le travail, mais que même les tâches légères entraînaient des douleurs qui l'empêchaient de travailler. Il a estimé que, lors de l'accident, le choc avait été très grand. Il a persisté à réclamer une expertise neutre pour le motif qu'il n'existait pas au dossier de rapports médicaux contredisant les médecins de la Clinique romande de réadaptation et, si nécessaire, un complément d'expertise technique pour déterminer si le deuxième choc avant, combiné au choc par l'arrière, avait aggravé l'accident. Pour sa part, l'intimée s'est opposée à ces mesures d'instruction complémentaire. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'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.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).
4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31.12.2006, prévoit un délai de recours de trois mois. En l'espèce, la décision sur opposition du 21 juillet 2006 a été reçue par la recourante le 24 juillet 2006 et les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement conformément l'art. 89C let. b de la loi cantonale genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA), de sorte que le recours du 24 octobre 2006 a été formé en temps utile. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à supprimer au 1^{er} février 2006 le droit du recourant à des prestations d'assurance.
6. 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, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel

et l'atteinte à la santé. 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. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*), ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, n°141).

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

La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, 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 de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. 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 puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

7. En matière de lésions du rachis cervical par accident de 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 tels 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 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 (SVR 1995 UV no 23 p. 67 consid. 2) ou un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les critères énumérés aux ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b (ATF 117 V 367 consid. 6a, dernier paragraphe; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type « coup du lapin », il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; RAMA 1999 U 341 p. 408 ss consid. 3b).

Il convient de faire exception à ce principe et d'appliquer la jurisprudence exposée au consid. 6 ci-dessus (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 490 consid. 5c/aa), en distinguant entre atteintes d'origine psychiques et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique.

L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 99 consid. 2a; RAMA 2002 n° U 465 p. 439 consid. 3b). Il convient de procéder de même lorsque l'accident n'a fait que renforcer les symptômes de troubles psychiques déjà présents avant cet événement (RAMA 2000 n° U 397 p. 327), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin», d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris

un état dépressif), mais constituant plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b).

8. 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 la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 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 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. 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 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).

9. Le refus de l'intimée de continuer à prendre en charge les troubles actuels au-delà du 28 février 2006 repose sur le rapport du Dr F_____ qui se base à son tour sur les divers consiliums et examens effectués lors du séjour du recourant à la Clinique romande de réadaptation, soit du 19 octobre au 15 novembre 2005, ainsi que sur le rapport de sortie de cette clinique. L'assurance justifie sa position par l'atteinte du statu quo sine dès cette date, respectivement par l'absence d'un lien de causalité naturelle entre les lésions du rachis et l'accident de type coup du lapin ainsi que par l'absence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles actuels et l'accident dès le 1^{er} mars 2006. Elle estime qu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité dont aucun des critères jurisprudentiels ne sont réalisés cumulativement. Pour sa part, le recourant considère qu'il présente une pathologie typique des lésions du rachis cervical de sorte que le lien de causalité naturelle entre l'accident ainsi que l'incapacité de travail est établi et que les troubles psychiques sont séquellaires à l'accident. En outre, il nie l'absence d'un lien de causalité adéquate en considérant qu'il s'agit d'un accident grave, voire moyen, qui remplit la majorité des critères jurisprudentiels.

En l'espèce, il ressort du rapport du Dr A_____ du 11 mai 2005 que, dès l'accident du 10 février 2005, le recourant a souffert de douleurs cervicales bilatérales et de contractures cervicales. Puis, en août 2005, à l'occasion d'un entretien avec un représentant de l'intimée, le recourant a mentionné pour la première fois l'existence de céphalées et de troubles du sommeil. Enfin, lors de son séjour à la Clinique romande de réadaptation, il s'est plaint de brachialgies bilatérales avec irradiation à droite jusque dans le pouce associées à des paresthésies à droite, d'une extension des douleurs à l'ensemble du rachis et au membre inférieur droit, d'une irritabilité, de vertiges à droite présents depuis cinq à six mois et de sentiments de pertes d'équilibre. Dans son rapport après consilium

rhumatologique, le Dr D _____ a considéré que les troubles dégénératifs ne pouvaient pas expliquer un tableau clinique d'une telle envergure et d'une telle intensité de sorte que l'intervention de facteurs non lésionnels en partie psychiques et en partie culturels était fort probable. Dans son rapport du 3 novembre 2005 après consilium psychiatrique, le Dr c _____ a constaté une thymie globalement abaissée et une irritabilité avec forte impulsivité. Il a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive (F 43.21). Dans le rapport de sortie du 5 décembre 2005, le Dr E _____ a précisé qu'un complément scanographique avait permis d'exclure une fracture vertébrale provoquée par le traumatisme. Il a diagnostiqué un status après distorsion cervicale suivie de cervico-scapulalgies bilatérales, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive ainsi que des co-morbidités, notamment des troubles dégénératifs de la colonne cervicale avec hernie discale C5-C6, paramédiane gauche, calcifiée. Il a retenu que le patient présentait des cervico-brachialgies sur troubles de la colonne cervicale, associés à une hernie discale paramédiane C5-C6 gauche qui pourrait expliquer les brachialgies à droite.

Dans son rapport du 22 décembre 2005, le Dr F _____ retient une entorse bénigne du rachis cervical et, au vu de l'absence de lésions objectives, considère que le statu quo sine a été atteint douze mois après l'accident pour le motif que les plaintes actuelles du recourant sont au degré de la vraisemblance prépondérante en rapport de causalité naturelle avec l'état antérieur dégénératif préexistant et aux facteurs en partie psychiques et culturels.

Au vu de cet avis médical auquel il faut reconnaître pleine force probante au sens de la jurisprudence (ATF 125 V 352 consid. 3a et 3b/bb) et qui n'est contredit par aucune pièce médicale versée au dossier, il ressort que la hernie discale ne peut pas être considérée comme ayant été provoquée par l'accident ce qui est, au demeurant, confirmé par la jurisprudence.

En effet, 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 (ATFA non publiés du 5 mars 2001, U 278/00, du 7 février 2000, U 149/99, du 12 décembre 1996, U 144/96 et du 26 août 1996, U 159/95). 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 (ATFA U 255/02; Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1980, p. 54 ss, en particulier p. 56).

En définitive, sur la base de ces divers rapports médicaux dont certains sont brefs et peu étayés (formulaire préformulés et standardisés), mais néanmoins concordants, il est établi que, lors de l'accident du 10 février 2005, le recourant a souffert d'une distorsion cervicale et qu'il présente des atteintes cervicales dégénératives notamment sous forme d'une hernie discale C5-C6. Dans un premier temps, les médecins de la Clinique romande de réadaptation et le Dr F_____ ont admis un rapport de causalité naturelle entre, d'une part, les cervicalgies ainsi que les brachialgies, et d'autre part, l'accident, en raison de l'absence de plaintes avant cet événement. Puis, ils ont précisé que la hernie discale C5-C6 était préexistante à l'accident et qu'elle pourrait expliquer les brachialgies à droite. Or, cette simple possibilité ne permet pas de tenir pour établi le rapport de causalité litigieux puisque la règle de preuve de la vraisemblance prépondérante est généralement appliqué dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références), de sorte qu'un lien de causalité naturelle avec l'accident doit être nié. En conséquence, il convient d'admettre, au degré de vraisemblance prépondérante requis, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les cervico-brachialgies jusqu'au mois de février 2006 et l'atteinte du statu quo sine dès le 1^{er} mars 2006.

Les divers médecins n'ont constaté aucun déficit fonctionnel organique dû à l'entorse cervicale et le complément scanographique pratiqué lors du séjour du recourant à la Clinique romande de réadaptation a permis d'exclure une fracture vertébrale. Dès lors, dans la mesure où les symptômes présentés par le recourant demeurent en partie inexplicables par un déficit fonctionnel organique, il convient d'examiner s'ils peuvent être attribués à des lésions du rachis cervical consécutives à un accident de type «coup du lapin».

10. A l'exception des douleurs cervicales et de la sensation de raideur dans la nuque, les autres symptômes du tableau clinique spécifiques d'un traumatisme de type «coup du lapin», à savoir troubles du sommeil, céphalées, vertiges, irritabilité, dépression, ne sont apparus qu'après six à huit mois, soit une période de latence importante qui ne permet pas d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles présentés par le recourant sont en lien de causalité naturelle avec ledit accident. Il convient d'ajouter qu'il n'est pas vraisemblable que le recourant ait présenté des vertiges en avril-mai 2005, puisque les rapports du Dr A_____ des 11 mai et 30 septembre 2005 ne mentionnent pas l'existence de tels troubles, pas plus que le rapport d'audition de l'intimée du 18 août 2005 ce qui démontre que ces troubles ne sont apparus qu'en octobre 2005.

Il y a lieu de relever que le Dr c_____ ne se prononce pas sur la question du lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident. Cela étant, bien que l'on soit en présence de certains éléments du tableau clinique typique, le défaut de gravité de l'atteinte subie, qualifiée d'entorse bénigne du rachis cervical par le Dr F_____, ne permet pas d'admettre l'existence, au degré de la

vraisemblance prépondérante, d'une atteinte analogue à une lésion cervicale de type « coup du lapin » (cf. ATFA non publiés du 28 mai 2004, U 73/94, consid. 4.3 et du 10 novembre 2003, U 255/02, consid. 4.2). En effet, le Dr A_____, dans son rapport du 11 mai 2005, n'a fait état que d'une légère limitation lors des mouvements de rotation et a signalé l'absence de conflit radiculaire. Quant au Dr D_____, il n'a mis en évidence aucune limitation fonctionnelle dans les mouvements supérieurs et il a constaté une absence d'amyotrophie ainsi qu'une mobilité symétrique des épaules, des coudes, des poignets et des doigts. En conséquence, un lien de causalité naturelle ne peut pas être présumé entre ces troubles et l'accident.

Pour le seul motif qu'avant l'accident, il ne souffrait pas de tels troubles, le recourant soutient qu'un rapport de causalité naturelle doit être admis entre ses troubles psychiques et l'accident du 10 février 2005. On ne saurait souscrire au point de vue du recourant, car son argumentation reviendrait à conférer au principe «post hoc, ergo propter hoc» une valeur probante qu'il n'a pas, comme le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion de le préciser à plusieurs reprises (cf. ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Le seul fait que des symptômes ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident peut constituer un indice, mais ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Quoi qu'il en soit, l'analyse du lien de causalité adéquate en fonction des critères objectifs développés par la jurisprudence aboutit au même résultat, à savoir que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident doit être nié.

Puisque le Tribunal de céans a admis que les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique spécifique d'un traumatisme de type «coup du lapin», ils constituent une atteinte à la santé indépendante, ce qui justifie l'assimilation de cette situation au cas du trouble psychique important reléguant au second plan les séquelles d'un accident de ce type et, partant, l'application de la jurisprudence sur les troubles psychiques.

La jurisprudence qualifie en principe les collisions de véhicules à l'arrêt d'accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité (RAMA 2005 n° U 549 p. 237 consid. 5.1.2; ATFA non publié du 22 décembre 2006, U 338/06, consid. 3.3) et rien ne permet de s'écarter de cette qualification dans le présent cas.

De plus, aucun des critères jurisprudentiels n'est réalisé puisque, d'une part, les circonstances dans lesquelles l'accident s'est déroulé apparaissent dénuées de tout caractère particulièrement dramatique ou impressionnant, d'autre part, l'incapacité de travail en relation avec l'accident a duré 9 mois ce qui ne paraît pas anormal pour ce type d'accident compte tenu de l'activité physique exercée par le recourant, enfin,

les douleurs persistantes ont été assez rapidement influencées par des facteurs psychogènes. Par ailleurs, le critère de la nature particulière des lésions physiques ne peut pas être admis en cas de luxation cervicale (ATFA non publié du 19 mai 2004, U 330/03 consid. 2.3.1) et un traitement médical de deux à trois ans après une distorsion cervicale doit être considéré comme normal (RAMA 3/2005 U n° 549, p. 236 consid. 5.2.4; ATFA non publié du 30 novembre 2004, U 201/02, consid. 3.3.2).

11. Le recourant estime que des mesures supplémentaires d'instruction doivent être menées, à savoir une expertise médicale et une expertise biomécanique, destinées à trancher la question du lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles actuels.

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, la causalité adéquate est une question d'ordre juridique et il appartient au juge, non au médecin, d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 112 ss consid. 3a, 123 V 100 ss consid. 3, 122 V 417 ss consid. 2c; ATFA non publié du 12 avril 2006, U 101/05, consid. 4.2.2) de sorte que, contrairement à ce qu'affirme le recourant, ni un médecin, ni un expert en biomécanique ne peuvent trancher cette question juridique.

Au surplus, les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, si bien que la mise en oeuvre d'une expertise supplémentaire s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves.

En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande formée en ce sens par le recourant.

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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

La Présidente :

Yaël BENZ

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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