

VD_FINDINFO AA 92/08 - 19/2010 vom 1. März 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-03-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_92_08_-_19_2010

FR: VD_FINDINFO AA 92/08 - 19/2010 du 1 mars 2010

IT: VD_FINDINFO AA 92/08 - 19/2010 del 1 marzo 2010

Regeste

ACCIDENT, CAUSALITÉ NATURELLE, OBJET DU LITIGE | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA

Erwägungen

E. 2

PA une demande motivée à la SUVA. [En définitive, la SUVA Lausanne] était fondée à mettre un terme aux prestations d'assurance au 13 avril 2008 pour les suites de l'accident du 7 juin 2007, [de sorte que l'opposition doit être rejetée au sens des considérants dans la mesure de l'entrée en matière]". D. a) L'assuré recourt par acte du 12 septembre 2008 (AA 92/08) contre la décision sur opposition du 11 juillet 2008 (E 1418/08) par laquelle la CNA a confirmé sa décision du 10 avril 2008 mettant fin aux prestations d'assurance au 13 avril 2008 (cf. lettre C.f supra). Il conclut avec suite de frais et dépens à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'intimée doit verser au recourant les prestations auxquelles il a droit au-delà du 13 avril 2008. Le recourant fait valoir que la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit trouve application en l'espèce (RAMA 2000, n° U 363 p. 46, consid. 2 et la référence); ainsi, l'assureur accidents doit à tout le moins établir au degré de la vraisemblance prépondérante que les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent être ainsi considérées comme ayant disparu (TFA U 222/04 du 30 novembre 2004, U 64/04 du 8 octobre 2004, U 159/04 du 4 octobre 2004 et U 150/06 du 7 février 2007). Le recourant conteste les conclusions de l'intimée selon lesquelles il n'aurait été victime que d'une simple contusion dorsale et l'accident ne déploierait plus d'effets depuis longtemps. Se référant au rapport d'expertise médicale du 23 novembre 2007 du Dr C. _____ ainsi qu'à celui du 17 décembre 2007 du Dr T. _____ (cf. lettre B.g supra), il fait valoir qu'il souffre depuis l'accident dont il a été victime le 29 novembre 2002 de nombreux troubles entraînant une diminution de 10% de sa capacité de travail même dans une activité adaptée. Selon le recourant, l'accident du 7 juin 2007 a donc, d'une part, causé d'importantes contusions dorso-pelviennes avec d'importantes douleurs dégénératives nettes et, d'autre part, accru sensiblement l'état neurologique déficient dans lequel il se trouvait depuis son accident du 29 novembre 2002. Aucun élément du dossier médical ne serait apte à apporter la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle entre l'accident du 29 novembre 2002 et les troubles actuels; de plus, l'intimée n'aurait pas non plus pu apporter la preuve de la disparition du caractère causal au degré de la vraisemblance prépondérante. b) Dans sa réponse du 16 février 2009, la CNA conclut au rejet du recours dans la mesure où il est recevable et à la confirmation de la décision attaquée. Déclarant se référer intégralement au contenu du dossier médico-administratif de la cause ainsi qu'à l'état de fait exposé dans son mémoire de réponse du 20 janvier 2009 concernant la procédure AA 93/08, elle expose que

le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit qu'elle a mis un terme à l'ensemble des prestations d'assurance avec effet au 13 avril 2008 en rapport avec l'accident du 7 juin 2007 (procédure d'opposition N° E 1418/08). L'intimée relève que de manière générale, le recourant n'a produit aucun document idoine en vue de contester le rapport d'examen médical établi en toute connaissance de cause par le Dr A. _____ le 2 avril 2008 (cf. lettre C.c supra), dans lequel ce médecin a indiqué que les radiographies ne montraient pas de lésion traumatique et que l'on pouvait en conclure que l'assuré avait été victime d'une simple contusion dorsale le 6 juillet 2007. Dans la mesure où le recourant se prévaut de l'expertise rhumatologique du C. _____ du 23 novembre 2007, il semble perdre de vue que ce médecin s'est déterminé sur l'ensemble des troubles présentés; compte tenu des importants antécédents maladifs présentés par le recourant et compte tenu du fait que ceux-ci sont sans lien avec son accident de 2007, il tombe sous le sens que ceux-ci ne sauraient engager la responsabilité de l'intimée. Enfin, dans la mesure où le recourant se prévaut de différents troubles psychiatriques qui seraient à rattacher à l'accident du 29 novembre 2002, l'intimée rappelle que la décision sur opposition qu'elle avait rendue le 7 avril 2004, par laquelle elle avait mis un terme à ses prestations (frais de traitements et indemnités journalières) avec effet au 31 janvier 2004 en rapport avec l'événement accidentel du 29 novembre 2002 (cf. lettre A.j supra), est entrée en force, faute d'avoir été contestée dans les délais légaux; dès lors, dans la mesure où le recourant entend remettre en question le bien-fondé de la décision en question, son recours ne peut qu'être déclaré irrecevable. Ainsi, selon l'intimée, c'est à bon droit qu'elle a mis un terme à l'ensemble des prestations avec effet au 13 avril 2008 pour les seules suites de l'accident du 7 juin 2007. c) Le 16 avril 2009, le recourant produit un dossier d'imagerie consécutif à une IRM cérébrale réalisée le 7 octobre 2008 par le Prof. L. _____, neurologue, neuroradiologue et neurochirurgien auprès du centre hospitalier I. _____ à Paris, dont il ressort selon lui que les lésions organiques cérébrales causées par l'accident du 29 novembre 2002 sont à l'origine des troubles neuropsychologiques qu'il présente. Il invoque expressément le témoignage du Prof. L. _____, qui est prêt à comparaître aux débats. Dans sa réplique du 28 août 2009, le recourant confirme intégralement les faits, moyens de droit et conclusions de son recours. Il observe que, compte tenu du rapport du Prof. L. _____ déposé le 16 avril 2009, il est établi qu'il souffre de lésions cérébrales post-traumatiques entraînant des troubles d'ordre neurologique et neuropsychologique qui réduisent sa capacité de travail. A titre de moyen de preuve complémentaire, le recourant requiert l'édition complète de son dossier auprès de l'OAI. d) La CNA s'est déterminée le 25 septembre 2009 tant sur l'écriture du recourant du 16 avril 2009 et ses annexes que sur la réplique du recourant du 28 août 2009. Elle rappelle que le Tribunal des assurances du canton de Vaud a eu l'occasion de se déterminer récemment au sujet de la validité de la méthode développée par le Prof. L. _____ dans le cadre de l'affaire opposant l'intimée à Mme T. et qui a donné lieu à un jugement du 18 décembre 2008 (AA 78/07 - 26/2009). Elle constate que dans cette espèce, Mme T. avait été examinée par le Prof. L. _____ en date du 12 juin 2008, soit environ 4 mois avant le recourant (7 octobre 2008; rapport établi le 30 octobre 2008 et révision du 24 novembre 2008), ce qui signifie que la méthode jugée le 18 décembre 2008 ne peut qu'être identique à celle appliquée au recourant. Or dans son jugement du 18 décembre 2008, le Tribunal des assurances a retenu que "le Tenseur de diffusion 3D est une méthode en pleine expérimentation, que la confrontation anatomo-clinique demande à être mieux validée, que l'imagerie séquentielle peut paraître multiple, importante, contrastant avec une clinique restreinte, et qu'il n'est pas forcément facile d'établir une clinique correspondante. Pour le

surplus, compte tenu de la jurisprudence (ATF 134 V 231, arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales de Genève, ATAS 1306/2008, consid. 6), une tomographie par résonance magnétique n'a pas de valeur probante pour statuer sur la question de la causalité entre un traumatisme par accélération cervicale ou un traumatisme équivalent et les symptômes présentés par la recourante. Il s'ensuit que pleine valeur probante ne peut être reconnue aux constatations du Prof. L._____". Selon l'intimée, il ne saurait en l'occurrence en aller différemment dans le cas du rapport d'expertise établi par le Prof. L._____ à la demande du conseil du recourant, de sorte qu'il ne saurait être reconnu la moindre valeur probante à la méthode d'analyse développée par ce médecin dans le cadre de la présente procédure. Estimant que l'expertise médicale du Dr W._____ du 9 janvier 2004 est suffisamment explicite en vue d'exclure tout trouble à long terme, puisque ce médecin a posé un statu quo sine/ante à 6 mois dès la survenance de l'accident, l'intimée confirme ses conclusions tendant au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition du 11 juillet 2008 concernant la procédure d'opposition E 1418/08. e) Le 10 octobre 2009, le recourant, agissant en personne, expose certains faits et sollicite une audience pour pouvoir s'exprimer de vive voix malgré ses difficultés de langage. Il lui est demandé de procéder par l'intermédiaire de son mandataire et de faire savoir au Tribunal si Me Seidler n'est plus son mandataire. f) Se déterminant le 9 novembre 2009 au sujet du dossier de l'OAI dont la production a été ordonnée, l'intimée fait valoir qu'il ressort de ce dossier les éléments suivants: - l'assuré avait déposé une première demande de prestations auprès de l'OAI en date du 18 mai 1995 pour un tremblement du bras droit d'origine indéterminée. Selon le Dr H._____, il existait néanmoins une pleine capacité de travail dans l'activité de représentant (rapport médical du

E. 6

juin 1995). L'assuré a néanmoins bénéficié d'une formation professionnelle en bureautique sous l'égide de l'OAI pendant la période du 1^{er} avril au 27 juin 1997 et de technicien en marketing du 23 septembre 1997 au 31 mars 1998 et a finalement pu être engagé dans l'entreprise J._____ pour un salaire mensuel de 6'200 fr. dès le 17 juin 1998. Le recourant a donc été considéré comme réadapté. - Dans le courant de l'année 2000, le recourant a annoncé une aggravation de son état de santé. Compte tenu du fait que le recourant avait continué à exercer une activité pas forcément adaptée à son état de santé, l'OAI avait décidé de ne pas entrer en matière au sujet de nouvelles mesures professionnelles. - Une nouvelle aggravation de l'état de santé a été annoncée dans le courant de l'année 2001 en relation avec des troubles du genou. Là également l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 10 juin 2002, au motif que cette atteinte à la santé ne modifiait en rien la capacité de l'assuré dans une activité adaptée. Selon l'intimée, il ressort ainsi du dossier AI que l'accident du 29 novembre 2002 est survenu dans un contexte pour le moins délicat pour le recourant, dans la mesure où celui-ci présentait de très nombreux antécédents sur un plan médical et que sa situation au niveau assécurologique était déjà en partie conflictuelle, du moins avec l'OAI; cela étant, il ne ressort en tout cas pas du dossier AI que l'accident précité a aggravé de manière significative l'état de santé du recourant, ainsi que sa capacité de travail en relation avec les seuls accidents dont l'intimée a à répondre. Par conséquent, l'intimée confirme le contenu de ses précédentes écritures et ses conclusions tendant au rejet du recours. g) Se déterminant le 17 décembre 2009 au sujet du dossier de l'OAI ainsi que sur les observations déposées le 9 novembre 2009 par l'intimée, le recourant fait valoir qu'il ressort des expertises réalisées dans le cadre de l'instruction du dossier AI, à savoir les expertises du Dr C._____ du 23 novembre 2007 et du Dr

T. _____ du 17 décembre 2007, que sa capacité de travail est singulièrement réduite puisque, même dans une activité adaptée et légère, elle ne dépasse pas 90%; les experts ont posé les diagnostics de cervico-lombalgie chronique, épicondylalgie droite, gonalgie chronique et coxarthrose bilatérale, l'expert psychiatre ayant également posé les diagnostics de bégaiements et de trouble anxieux et dépressif mixte, ayant tous deux une influence sur la capacité de travail du recourant. Au surplus, les pièces médicales du dossier AI, notamment une lettre de l'Hôpital ophtalmique G. _____ du 5 septembre 2005, ainsi qu'un rapport du Dr Z. _____ du 15 septembre 2005, attesteraient de l'aggravation de l'état de santé du recourant consécutivement à l'accident du 29 novembre 2002, contredisant ainsi l'allégation de l'intimée selon laquelle il ne ressort pas du dossier AI que l'accident du 29 novembre 2002 aurait aggravé de manière significative l'état de santé du recourant. Le recourant confirme ainsi en tous points les conclusions, faits et moyens du recours déposé le 12 septembre 2008. Il dépose deux publications de SUVA CARE qui démontrent selon lui que l'IRM cérébrale avec DTI (tenseur de diffusion) permet de mettre en évidence des lésions cérébrales non révélées par l'IRM anatomique conventionnelle. Dans ces circonstances et dans la mesure où les examens effectués par le Prof. L. _____ sont remis en cause par l'intimée, le recourant requiert, à titre de moyen de preuve complémentaire, de pouvoir bénéficier d'une IRM avec tenseur de diffusion au CHUV dans la mesure où cette technique d'imagerie permettrait aujourd'hui d'apporter la preuve que des victimes du coup du lapin présentent elles aussi des lésions cérébrales organiques. h) Par courrier du 24 décembre 2009, le juge instructeur informe les parties que, la cause apparaissant suffisamment instruite sur le plan médical, la requête du recourant tendant à pouvoir bénéficier d'une IRM avec tenseur de diffusion au CHUV, à titre de moyen de preuve complémentaire, est rejetée en l'état; il informe en outre les parties que la cause est gardée à juger et que le dossier sera mis en circulation auprès de la cour lorsque l'état du rôle le permettra. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA). En l'espèce, formé le 12 septembre 2008 contre la décision sur opposition du 11 juillet 2008 reçue le 14 juillet 2008 par le mandataire de l'assuré, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Pour le surplus répondant aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) Selon la jurisprudence, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré (cf. art. 6 al. 1 LAA) 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 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références; TF 8C_535/2008 du 2 février 2009, consid. 2.2). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s., consid. 3b). 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 (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 2.2). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 in limine). Selon la jurisprudence, 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 citées; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid.2.3). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par les experts médicaux (ATF 107 V 176 consid. 3b; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2). b) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais, ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotents ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident; tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b, arrêt U 61/91 du 18 décembre 1991; TF 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2; 8C_535/2008 du 2 février 2009, consid. 2.3; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 2.2; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd. 2007, n. 80 p. 865). Il sied en outre de rappeler que, dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du

principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264; TF 8C_463/2009 du 23 novembre 2009, consid. 3). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident ; il est encore moins question d'exiger de l'assureur- accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (TF 8C_463/2009 du 23 novembre 2009, consid. 3). c) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). 3. a) En l'espèce, l'intimée a versé les prestations légales (indemnités journalières et frais de traitement) ensuite de l'accident du 29 novembre 2002. Dans son rapport d'expertise médicale du 9 janvier 2004, le Dr W. _____, spécialiste FMH en neurologie, a retenu les diagnostics de status après probable discrète commotion cérébrale et distorsion cervicale (degré I selon la Québec Task Force) survenus lors de l'événement accidentel du 29 novembre 2002, de possible discrète neuropathie optique droite post-traumatique et suspicion d'hémianopsie latérale homonyme droite et de plaintes et constatations objectives atypiques sans relation probable ou certaine avec l'événement accidentel devant être mises en relation avec des facteurs de personnalité et de vécu socio-professionnel; il a estimé que les troubles actuellement présentés par le patient ne pouvaient plus - en dehors d'une possible neuropathie optique mineure et d'une suspicion d'hémianopsie latérale homonyme droite, troubles dont la réalité restait incertaine compte tenu d'anomalies majeures documentées notamment lors du bilan pratiqué par le Dr Q. _____ et qui n'entraînaient en tous les cas pas d'incapacité de travail - être considérés comme en relation de causalité naturelle probable ou certaine avec l'événement accidentel du 29 novembre 2002 (cf. lettre A.i supra). Se fondant sur le rapport d'expertise du Dr W. _____, l'intimée a, par décision du 14 janvier 2004, mis un terme à toutes prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) au 31 janvier 2004, au motif que l'accident du 29 novembre 2002 ne jouait plus de rôle dans les troubles présentés par l'assuré; cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 7 avril 2004, entrée en force (cf. lettre A.j supra). b) Par déclaration de sinistre LAA du 5 octobre 2007, l'ORIPH a annoncé que le 7 juin 2007, l'assuré, qui avait été engagé comme employé de bureau du 7 mai au 8 juin 2007, avait glissé dans les escaliers du Centre ORIPH et était tombé sur le dos (cf. lettre C.b supra). Dans un rapport médical du 14 décembre 2007, le Dr E. _____, spécialiste FMH en rhumatologie à Lausanne, a rapporté que l'accident et les premiers soins chez lui s'étaient déroulés le 6 juin 2007. Il a posé le diagnostic d'importantes contusions dorso-lombo-pelviennes avec exacerbation de douleurs dégénératives nette et a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 7 juin 2007; les radiographies du 10 août 2007 montraient des lésions dégénératives déjà connues de la colonne dorsale et lombaire; aucune lésion traumatique n'était visible (cf. lettre C.b supra). Le recourant a été examiné le 17 mars 2008 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr A. _____, spécialiste FMH en chirurgie. Dans son rapport du 2 avril 2008, ce spécialiste a décrit le status et constaté que les radiographies du 10 août 2007 ne montraient pas de lésion traumatique; au terme de son bilan, il a conclu que le recourant avait été victime le 7 juin 2007 d'une simple contusion

dorsale qui n'avait entraîné aucune lésion objectivable qu'on puisse directement lui attribuer, les plaintes que le recourant présentait actuellement recouvrant les troubles subjectifs qui avaient fait suite à l'accident du 29 novembre 2002 et pour lesquels la CNA avait mis un terme à toutes prestations d'assurances au 31 janvier 2004 (cf. lettre C.c supra). Sur la base du rapport du Dr A. _____, l'intimée a, par décision du 10 avril 2008, mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 13 avril 2008, au motif qu'à compter du 14 avril 2008, les troubles au dos qui subsistaient aujourd'hui n'étaient plus dus à l'accident du 7 juin 2007, mais exclusivement de nature malade (cf. lettre C.d supra). Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 11 juillet 2008 (E 1418/08), qui fait l'objet du présent recours (cf. lettre C.f supra). c) Au regard de ce qui précède, il sied tout d'abord de constater que l'objet du litige réside uniquement dans la question de savoir si la CNA était fondée à mettre fin au 13 avril 2008 aux prestations d'assurance qu'elle avait versées en relation avec l'accident du 7 juin 2007. Le litige porte donc sur la question de savoir si les troubles encore présentés par le recourant après le 13 avril 2008 étaient en relation de causalité naturelle (et adéquate) avec l'accident du

E. 7

juillet 2005 de la Dresse S. _____ (cf. lettre B.b supra), cette praticienne s'est prononcée uniquement au sujet du rapport de causalité naturelle entre l'accident du 29 novembre 2002 et les troubles de santé du recourant, de sorte que son avis ne porte pas sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 7 juin 2007 et les troubles de santé de l'intéressé et n'est donc d'aucun secours au recourant dans le cadre de la présente procédure. f) Dans ces conditions, il convient, conformément à la jurisprudence, de se référer à la doctrine médicale, selon laquelle les contusions-distorsions du rachis cessent de produire leurs effets après plusieurs mois (TFA U 292/03 du 6 juillet 2004, consid. 7.2; U 131/96 du 6 juin 1997; U 194/94 du 3 avril 1995 consid. 4; voir aussi RAMA 2000 n° U 363 p. 46, consid. 3a et la référence citée). Ainsi, il y a lieu d'accorder pleine valeur probante au rapport du Dr A. _____ et d'admettre qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le statu quo sine vel ante est atteint et que l'état de santé du recourant n'est plus, à la date du 13 avril 2008 à laquelle l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance, soit plus de 10 mois après l'accident du 7 juin 2007, en relation de causalité naturelle avec cet accident. Il n'est donc pas nécessaire d'examiner la question de la causalité adéquate entre les troubles annoncés et cet accident. Il s'ensuit que la décision de l'intimée de mettre fin au 13 avril 2008 au versement des prestations d'assurance en relation avec l'accident du 7 juin 2007 échappe à la critique. g) Le dossier d'imagerie consécutif à une IRM cérébrale réalisée le 7 octobre 2008 par le Prof. L. _____, produit le 16 avril 2009 par le recourant (cf. lettre D.c supra) n'est pas susceptible d'influer sur l'issue du présent litige, puisque, comme on vient de le voir (cf. consid. 3c supra), celui-ci ne porte pas sur la question de savoir si les troubles encore présentés par le recourant après le 13 avril 2008 sont, comme il l'affirme, en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 29 novembre 2002, mais uniquement sur la question de savoir si ces troubles sont en relation de causalité naturelle (et adéquate) avec l'accident du 7 juin 2007, ce qui doit être nié pour les motifs exposés ci-dessus. Pour cette même raison, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant de pouvoir bénéficier d'une IRM avec tenseur de diffusion au CHUV (cf. lettre C.g supra). Par ailleurs, on relèvera que selon la jurisprudence, une méthode diagnostique médicale doit être reconnue scientifiquement pour que ses résultats constituent un fondement fiable pour statuer. Une méthode d'examen est considérée comme éprouvée par la science médicale si elle est largement admise par les

chercheurs et les praticiens. En l'état actuel de la science médicale, qui reflète d'importantes divergences au sujet de l'efficacité diagnostique d'une tomographie par résonance magnétique fonctionnelle (TRMf), les résultats d'une telle méthode n'ont pas de valeur probante pour statuer sur le rapport de causalité entre des symptômes présentés par un assuré et un traumatisme par accélération cervicale ou un traumatisme équivalent (ATF 134 V 231; TF 8C_238/2009 du 3 novembre 2009 consid. 3.2.1). La Cour de céans a déjà eu l'occasion de dire qu'un dossier d'imagerie établi par le Prof. L._____ ne constitue pas, au sens de la jurisprudence précitée, une méthode diagnostique médicale largement admises par les praticiens (Arrêt du 6 octobre 2009, AA 134/06 - 78/2009). En l'espèce, à l'aune de la pratique médicale actuelle, le dossier d'imagerie consécutif à une IRM cérébrale réalisée le 7 octobre 2008 par le Prof. L._____ dont se prévaut le recourant ne semble pas propre à établir l'existence d'un lien de causalité entre les troubles allégués par celui-ci et les accidents dont il a été victime. 4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (art. 61 let. a LPGA, applicable en vertu de l'art. 1 LAA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA, applicable en vertu de l'art. 1 LAA; art. 55 LPA-VD).

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