

VD_FINDINFO AA 93/08 - 32/2010 vom 1. März 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-03-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_93_08_-_32_2010

FR: VD_FINDINFO AA 93/08 - 32/2010 du 1 mars 2010

IT: VD_FINDINFO AA 93/08 - 32/2010 del 1 marzo 2010

Regeste

ACCIDENT, CAUSALITÉ NATURELLE, RECHUTE, SUITE D'UN ACCIDENT, OBJET DU LITIGE | 10 LAA, 16 LAA, 19 LAA, 6 al. 1 LAA, 11 OLAA

Erwägungen

E. 1

er décembre 2005 mettant fin aux prestations au-delà du 31 octobre 2005 (cf. lettre B.h 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 31 octobre 2005. Le recourant fait valoir qu'il incombe à la CNA d'apporter la preuve que la rechute dont il a été victime le 3 mai 2005 n'est plus en lien de causalité avec l'accident du 29 novembre 2002 (p. 8). Il invoque la jurisprudence sur le "whiplash associated disorder" et se réfère aux rapports médicaux antérieurs à la rechute du 3 mai 2005; il estime qu'aucun document médical n'est apte à apporter, au niveau de la vraisemblance prépondérante, la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident du 29 novembre 2002; la preuve de la disparition du lien de causalité adéquate n'est pas non plus apportée. Le recourant indique qu'il présente tous les signes constituant le tableau clinique typique du "whiplash associated disorder" et que la jurisprudence y relative est applicable (p. 10). Par surabondance, il fait valoir que les troubles ophtalmologiques sont des troubles objectivés, pour lesquels le critère de la causalité adéquate ne joue selon la jurisprudence aucun rôle (p. 11). b) Dans sa réponse du 20 janvier 2009, la CNA conclut au rejet du recours dans la mesure où il est recevable et à la confirmation de la décision attaquée. Elle expose que le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'assureur-accidents a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2005 en rapport avec la rechute annoncée le 8 juin 2005 concernant des troubles oculaires et consécutive au sinistre du 29 novembre 2002 (procédure d'opposition E 1424/08). A cet égard, 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. Pour ce faire, le recourant se prévaut de prétendus faits nouveaux - soit du rapport d'expertise neuropsychologique de la Prof. C. _____ du 29 juin 2006 et du rapport d'expertise rhumatologique du Dr M. _____ du 23 novembre 2007 (cf. lettre B.f supra) - qui auraient éventuellement pu donner lieu à une demande de révision de la décision sur opposition du 7 avril 2004 (art. 53 al. 1 LPGA) dans un délai de 90 jours dès la découverte du motif de révision (art. 67 PA, applicable par renvoi de l'art. 55 LPGA). Ayant

omis de présenter une telle demande de révision dans les formes et délais légaux, le recourant est manifestement déchu de son droit de faire réviser la décision sur opposition du 7 avril 2004 dans le cadre de la présente procédure judiciaire. Au surplus, même dans l'hypothèse tout à fait invraisemblable où la Cour de céans devait entrer en matière sur une prétendue demande de révision de la décision concernée, il n'en demeurerait pas moins qu'il n'existe aucun fait nouveau déterminant qui était inconnu au moment où l'intimée avait rendu sa décision sur opposition, dès lors que les rapports médicaux invoqués sont postérieurs à la décision concernée et ne sauraient donc être considérés comme des faits ou moyens de preuve nouveaux au sens de la jurisprudence. Selon l'intimée, l'objet du litige réside donc uniquement dans la question de savoir si les troubles oculaires pris en charge par l'intimée dans le cadre de la rechute annoncée le 8 juin 2005 entraînent une incapacité de travail postérieure au 31 octobre 2005. Or l'intimée s'est fondée sur l'appréciation médicale circonstanciée du Dr T. _____ du 5 septembre 2005 (cf. lettre B.b supra) en vue de mettre un terme aux indemnités journalières au 31 octobre 2005. Par la suite, le Dr T. _____ a noté qu'à son avis la situation visuelle de l'assuré n'avait pas évolué depuis ses précédents examens médicaux. L'intimée considère dès lors que c'est à bon droit qu'elle a mis un terme aux indemnités journalières en rapport avec la rechute annoncée par déclaration de sinistre LAA du 8 juin 2005 au titre de troubles ophtalmologiques et qu'elle a refusé d'entrer en matière au sujet des autres troubles invoqués par le recourant. 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. A. _____, neurologue, neuroradiologue et neurochirurgien auprès du centre hospitalier E. _____ 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. A. _____, 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. A. _____ 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, il 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. A. _____ 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. A. _____ 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. A._____". Selon l'intimée, il ne saurait en l'occurrence en aller différemment dans le cas du rapport d'expertise établi par le Prof. A._____ 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 X._____ 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 1424/08. 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'assurance-invalidité 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 W._____, 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 R._____ 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 M._____ du 23 novembre 2007 et du Dr P._____ 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 Z. _____ du 5 septembre 2005, ainsi qu'un rapport du Dr H. _____ 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. A. _____ 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) En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assureur-accidents ne répond que des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité non seulement naturelle mais encore adéquate avec un événement assuré ou une maladie professionnelle (ATF 119 V 338 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b). La condition du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés

par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 402 consid. 4.3.1; TF 8C_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.2). 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) (TF 8C_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3 et les références citées). En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Le droit au traitement ne comprend toutefois pas toutes les mesures médicales imaginables mais uniquement celles qui, par des moyens adéquats, sont nécessaires à la guérison de l'atteinte à la santé; il s'ensuit que lesdites mesures doivent, suivant l'art. 54 LAA, se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement (TF 8C_343/2009 du 9 décembre 2009, destiné à publication, consid. 4.1; ATF 109 V 43 consid. 2a). En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré a droit à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident (al. 1); le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail (al. 2). L'indemnité journalière est calculée conformément à l'annexe 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202) et versée pour tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés (art. 25 al. 1 OLAA). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2 e phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 p. 113 sv.; 133 V 57 consid. 6.6.2 et les références citées; TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009, consid. 5.2). b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré; les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA) (TF 8C_269/2008 du 27 octobre 2008, consid. 2.2; TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009, consid. 5.3). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail (ATF 123 V 137 consid. 3a; TF 8C_269/2008 du 27 octobre 2008, consid. 2.2; TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009, consid. 5.3). Les rechutes se rattachent par définition à un événement accidentel; corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; TF 8C_269/2008 du 27 octobre 2008, consid. 2.2). 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. Parmi les nombreux troubles rapportés par l'assuré ensuite de cet accident figuraient des troubles ophtalmologiques, qui sont classiquement décrits à la suite d'accident avec décélération et qui ont tendance à se corriger avec le temps (cf. lettre A.f supra). Dans un rapport médical du 20 novembre 2003, le Dr T._____, spécialiste FMH en ophtalmologie à l'Hôpital ophtalmique Z._____, a constaté une légère diminution de la sensibilité lumineuse à droite et s'est demandé si une neuropathie optique traumatique droite, heureusement de faible importance, n'aurait pas résulté du traumatisme du 29 novembre 2002; en outre, au vu des champs visuels, il était possible qu'une lésion des voies visuelles rétrochiasmiques gauche ait résulté de ce traumatisme (hémianopsie homonyme droite partielle) (cf. lettre A.h supra). Dans son rapport d'expertise médicale du 9 janvier 2004, le Dr X._____, 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 T._____ 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 X._____, 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 8 juin 2005, le Service public de l'emploi, MMT, à Fribourg, qui avait engagé l'assuré par contrat de durée déterminée en qualité de collaborateur administratif à plein temps pour une période de 6 mois à partir du 14 février 2005, a annoncé une rechute de l'accident du 29 novembre 2002 avec arrêt de travail pour des troubles ophtalmologiques depuis le 3 mai 2005. La CNA (Fribourg) a pris le cas en charge et a versé des indemnités journalières dès cette date, ayant admis l'existence d'une relation de causalité au moins probable entre la rechute liée aux troubles ophtalmologiques et l'événement accidentel du 29 novembre 2002 (cf. lettres B.a et B.b supra). Dans un rapport du 5 septembre 2005, le Dr T._____ a confirmé que l'assuré présentait une légère diminution des performances visuelles de l'œil droit, en rapport avec une minime neuropathie optique droite dont l'étiologie était vraisemblablement post-traumatique et dont l'évolution était stationnaire. Pour ce spécialiste, la capacité de travail de l'assuré n'était pas réduite sur un plan strictement ophtalmologique, dans quelque activité que ce soit (cf. lettre B.b supra). Sur la base du rapport du Dr T._____, l'intimée a, par décision du 1^{er} décembre 2005, mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre

2005, au motif que les troubles ophtalmologiques qui avaient été admis comme rechute de l'accident du 29 novembre 2002 n'entraînaient pas (ou plus) d'incapacité de travail après le 31 octobre 2005 (cf. lettre B.d supra). Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 11 juillet 2008 (E 1424/08), qui fait l'objet du présent recours (cf. lettre B.h supra). Entre-temps, le Dr T._____ a encore établi deux rapports médicaux complémentaires. Dans un rapport du 31 janvier 2007, il a retenu une minime neuropathie droite post-traumatique; il a précisé que sur un plan strictement ophtalmologique, la capacité de travail de l'intéressé n'était pas réduite et a même relevé qu'aucun arrêt de travail n'avait été prescrit par ses soins; la situation était définitive et la minime neuropathie optique droite n'était pas évolutive; il n'y avait pas de handicap visuel significatif permanent (cf. lettre B.f supra). Dans un rapport du 7 août 2008, le Dr T._____ a indiqué que six ans après un accident de voiture et coup du lapin, l'assuré présentait toujours des symptômes évocateurs d'un syndrome post-commotionnel; toutefois, malgré une acuité visuelle qui était initialement "diminuée", il n'y avait aucun argument objectif pour une neuropathie optique droite significative et, finalement, une composante fonctionnelle non-organique surajoutée pouvait être démontrée, tant pour l'examen de l'acuité visuelle que du champ visuel; il n'y avait donc aucune péjoration par rapport aux examens antérieurs ni aucune pathologie nouvelle (cf. lettre B.i 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 31 octobre 2005 au versement des indemnités journalières qu'elle avait versées depuis le 3 mai 2005 en relation avec les seuls troubles ophtalmologiques annoncés par déclaration de sinistre LAA du 8 juin 2005, troubles dont l'intimée a admis qu'ils constituaient une rechute au sens de l'art. 11 OLAA et qu'ils étaient en lien de causalité au moins probable avec l'événement accidentel du 29 novembre 2002. Le litige ne porte donc pas sur la question de savoir si d'autres troubles que les troubles strictement ophtalmologiques qui ont donné lieu au versement de prestations du 3 mai au 31 octobre 2005 et ont fait l'objet de la décision du 1^{er} décembre 2005, puis de la décision sur opposition du

E. 11

juillet 2008 présentement attaquée, seraient en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 29 novembre 2002. Cette question a été tranchée par la décision sur opposition du 7 avril 2004 entrée en force, et, comme le relève à raison l'intimée (cf. lettre C.b supra), elle aurait éventuellement pu faire l'objet d'une demande de révision, que le recourant n'a toutefois pas présentée et qui ne fait dans tous les cas pas l'objet du présent litige. d) Cela étant, force est de constater qu'il ressort de manière univoque des rapports médicaux du Dr T._____ au dossier - soit des rapports de ce spécialiste du 5 septembre 2005 (cf. lettre B.b supra), du 31 janvier 2007 (cf. lettre B.f supra) et du 7 août 2008 (cf. lettre B.i supra) - que le recourant présente une minime neuropathie optique droite dont l'étiologie est vraisemblablement post-traumatique; malgré une acuité visuelle qui était initialement "diminuée", la capacité de travail du recourant n'est pas réduite sur un plan strictement ophtalmologique, dans quelque activité que ce soit; la situation est stationnaire et définitive et il n'y a pas de handicap visuel significatif permanent. Il ressort ainsi des constatations du Dr T._____, fondées sur des examens approfondis et auxquelles il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante, que l'état de santé du recourant sur le plan strictement ophtalmologique n'est pas susceptible d'amélioration par un traitement et qu'il n'entraîne aucune incapacité de travail, dans quelque activité que ce soit, au-delà du 31 octobre 2005. Certes, dans son appréciation médicale du 7 juillet 2005, la Dresse

G._____ (cf. lettre B.b supra) spécialiste FMH en ophtalmologie, a admis l'existence d'une relation de causalité au moins probable entre la rechute liée aux troubles ophtalmologiques et l'événement accidentel du 29 novembre 2002. Toutefois, cette praticienne ne se prononce pas spécifiquement sur l'existence d'un lien de causalité pour la période postérieure au 31 octobre 2005 - qui fait précisément l'objet du présent litige - et son avis, isolé au vu des autres pièces médicales figurant au dossier, ne saurait remettre en cause l'appréciation convaincante du Dr T._____. Dans ces conditions, la décision de l'intimée de mettre fin à cette date au versement des indemnités journalières en relation avec la rechute annoncée par déclaration de sinistre LAA du 8 juin 2005 échappe à la critique. e) Le dossier d'imagerie consécutif à une IRM cérébrale réalisée le 7 octobre 2008 par le Prof. A._____, produit le 16 avril 2009 par le recourant (cf. lettre C.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 d'autres troubles que les troubles strictement ophtalmologiques qui ont fait l'objet de la décision sur opposition du 11 juillet 2008 présentement attaquée seraient en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 29 novembre 2002. 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 Dr A._____ 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. A._____ 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.