

VD_FINDINFO Arrêt / 2009 / 1131 vom 12. Februar 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-02-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2009__1131

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2009 / 1131 du 12 février 2010

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2009 / 1131 del 12 febbraio 2010

Regeste

TRAUMATISME CERVICAL, LIEN DE CAUSALITÉ, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, FORCE PROBANTE | 1 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 56 LPGA, 58 al. 1 LPGA, 60 al. 1 LPGA, 61 let. a LPGA, 61 let. g LPGA, 117 al. 1 LPA-VD, 2 LPA-VD, 55 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 12.02.2010 Arrêt / 2009 / 1131

TRAUMATISME CERVICAL, LIEN DE CAUSALITÉ, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, FORCE PROBANTE | 1 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 56 LPGA, 58 al. 1 LPGA, 60 al. 1 LPGA, 61 let. a LPGA, 61 let. g LPGA, 117 al. 1 LPA-VD, 2 LPA-VD, 55 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD

TRIBUNAL CANTONAL AA 102/08 - 14/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES
Arrêt du 12 février 2010

Présidence de M. Neu Juges : M. Jomini et Mme Röthenbacher
Greffier : M. Greuter ***** Cause pendante entre : L. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey. _____ Art. 6 al. 1 LAA; 4 LPGA E n f a i t : A. L. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1982, a travaillé au service de l'entrepreneur [...], à [...], du 15 août 2005 au 30 septembre 2008 comme carrossier; à ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 4 mai 2007 à 16h10, l'assuré, qui n'avait pas attaché sa ceinture de sécurité, a été victime d'un accident de la route provoqué par un automobiliste qui, contrevenant aux règles de priorité, lui a coupé la route et provoqué une collision latérale, presque frontale. Ses airbags se sont enclenchés et sa voiture a été détruite, le traumatisme subi se situant au niveau de la nuque et du dos. A cet égard, un rapport du 2 août 2007, valant première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cervical et établi pour la CNA par le Dr U. _____ du CHUV, mentionne que l'assuré n'avait ni perdu connaissance, ni subi de trou de mémoire, ni manifesté de réaction de peur ou de frayeur. Présentant immédiatement des douleurs à la nuque, il n'avait pas eu de vertiges, de nausées ou de vomissements et ne présentait aucun antécédent. Le Dr U. _____ a constaté des lombalgies. Au repos et à la pression, la colonne cervicale était douloureuse; elle l'était également au choc, mais sans irradiation. Il n'a constaté aucun problème neurologique ni lésion externe. Quant à l'état de conscience de l'assuré, il était normal. Le Dr U. _____ lui a prescrit des analgésiques et attesté d'une incapacité totale de travail pour une durée de cinq jours. Selon un certificat médical établi le 14 août 2007 par le Dr Z. _____, spécialiste FMH en médecine interne, l'assuré a

présenté une incapacité totale de travail du 4 au 15 mai 2007, puis retrouvé sa capacité de travail. Lors d'un entretien téléphonique du 31 mai 2007, l'assuré a déclaré à la CNA qu'il avait toujours mal au dos et à la nuque et qu'il prenait de manière irrégulière un des deux calmants prescrits qu'il gardait en réserve. Il n'était pas inquiet quant à sa guérison. Un prochain contrôle auprès du Dr Z. _____ devait avoir lieu début juin 2007. A la suite d'une IRM effectuée le 25 juin 2007, le Dr P. _____, spécialiste FMH en radiologie, a rendu le même jour un rapport dont on extrait ce qui suit: " Indication: Traumatisme (accident de voiture) le 4 mai 2007. Sur un CT-scan cervical récent, asymétrie des espaces entre C1 et C2. Recherche de lésion ligamentaire. Technique: T1 et T2 sagittal. Séquence myélographique. T2 coronal. DRIV transverse de C0 à C4. Description: Pas d'anomalie de signal T2 ni d'anomalie morphologique de la moelle cervicale et dorsale haute. A tous les niveaux examinés, le canal est large. Pas de lésion traumatique identifiable que ce soit intersomatique, au niveau des articulations interfacettaires ou au niveau de la charnière cervico-occipitale. Pas de signes de lésion ligamentaire. Pas d'asymétrie significative actuellement ou dans les rapports articulaire C0, C1, C2. La séquence myélographique ne révèle pas de contrainte sur les différentes racines cervicales. Conclusion: IRM cervicale normale ". Dans un rapport médical intermédiaire établi le 14 août 2007 et adressé à la CNA, le Dr Z. _____ a diagnostiqué une nuchalgie post-traumatique. Au status, il a constaté une absence de limitation de la mobilité ainsi qu'une sensibilité à la flexion antérieure de la nuque et à la pression médiane sous-occipitale. Il a attesté que la capacité de travail de l'assuré était entière dès le 15 mai 2007, que l'activité habituelle de celui-ci n'avait pas à être adaptée et qu'un dommage permanent n'était pas à craindre. Toutefois, l'évolution du syndrome douloureux - l'assuré souffrait encore, lors d'un contrôle effectué en juin 2007 de cervicalgies - était indéterminée. Hormis la poursuite de la physiothérapie, le Dr Z. _____ n'a pas proposé de traitements particuliers. Le Dr D. _____, médecin traitant, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a, dans un rapport médical intermédiaire du 7 février 2008, retenu ce qui suit: " 1.Diagnostic Douleurs cervicales chroniques et douleurs lombaires chroniques sur status après traumatisme de décélération (airbag) subi le 04.05.2007. 2. Evolution a) Evolution et état actuel (subjectif et objectif): A l'examen du 18.12.2007: bon état général. Au niveau lombaire, absence de déviation scoliotique et de contracture musculaire importante. Douleurs de la percussion de la charnière lombo-sacrée. Distance doigts-sol 10 cm. Extension du tronc 30°. Latéro-flexions 40° symétriques. Au niveau cervical Distance menton-xternurn 1-18 cm. Latéoflexions de 40/0/40, les rotations de 70/0/70. Toutes les extrêmes des mouvements sont douloureuses au niveau de la colonne lombaire et de la colonne cervicale. Le status neurologique est conservé, hormis l'achilléen gauche qui est hypovif. Au contrôle du 28.01.2008, après un traitement d'Inflamac et de physiothérapie, il n'y a aucune amélioration subjective. Le status clinique est superposable au précédent. b) Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas? Dans l'affirmative, lesquelles? Non. 3. Thérapie a) Traitement en cours: Poursuite de la physiothérapie. [...] c) A quels intervalles ont lieu les consultations? Aux six semaines. d) Durée probable du traitement? Indéterminé. 4. Reprise du travail Pas d'arrêt de travail." Dans un rapport rendu le 2 avril 2008, le Dr C. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu que l'assuré avait subi un accident de la circulation le 4 mai 2007 à la suite duquel s'étaient déclarés des cervico-dorsalgies, avec absence toutefois de lésion sur un CT-scan cervico-cervical dorsolombaire (Dr U. _____), qu'en date du 14 août 2007, il avait été constaté que l'assuré avait continué à présenter des nuchalgies sans limitation de la mobilité,

respectivement que l'IRM cervicale du 25 juin 2007 s'était avérée normale (Drs Z. _____ et P. _____), le Dr D. _____ ayant fait état, le 22 février 2008, de la persistance de douleurs cervicales et lombaires chroniques ayant justifié la poursuite d'une physiothérapie. Le Dr C. _____ a en outre estimé que l'accident n'avait provoqué aucune lésion organique susceptible d'entraîner des douleurs rachidiennes prolongées et il a souligné que l'IRM cervicale n'avait révélé aucune lésion osseuse ou ligamentaire susceptible d'entraîner des troubles douloureux prolongés. Il a par ailleurs noté que, ni le Dr U. _____, ni le Dr Z. _____ n'avaient fait état des douleurs lombaires signalées en février 2008 par le Dr D. _____, de sorte qu'il convenait, à son sens, de considérer que ces troubles n'étaient, selon toute vraisemblance, pas dus à l'accident. Le Dr C. _____ en a conclu que huit mois après l'accident ou au plus tard à la date de son rapport, la collision du 4 mai 2007 avait cessé de déployer ses effets. B. Se fondant sur les conclusions du rapport du Dr C. _____ du 2 avril 2008, la CNA a considéré, par décision du 10 avril 2008, que les troubles que l'assuré présentait encore n'étaient plus dus à l'accident, mais étaient exclusivement de nature malade, de sorte que la prise en charge du traitement n'incombait plus à l'assurance-accidents, mais à l'assurance-maladie depuis le 1^{er} avril 2008. Par courrier du 28 avril 2008, le Dr D. _____, médecin traitant, a prié la CNA de reporter l'échéance précitée au 15 avril 2008, au motif que, en date du 7 avril 2008, l'assuré s'était soumis à un examen par IRM qui n'avait pas mis en évidence de lésion herniaire, mais permis de le rassurer. Le Dr D. _____ a estimé que l'assuré présenterait une capacité de travail de 50% du 29 avril au 26 mai 2008. Par décision du 20 mai 2008, la CNA a accédé à cette requête en fixant la date de la fin de la prise en charge du cas au 15 avril 2008. Le 19 juin 2008, l'assuré, représenté par Me Joël Crettaz, a fait opposition contre la décision du 20 mai 2008 de la CNA, faisant en résumé valoir que les troubles dont il souffrait étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 4 mai 2007. Par courrier du 8 août 2008, l'assuré a transmis à la CNA une copie du rapport établi le 25 juin 2008 par le Dr B. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, à l'attention du médecin-conseil de l'assureur-maladie. Selon ce rapport, l'assuré se plaignait de douleurs cervicales irradiant dans les deux épaules lorsqu'il devait se pencher en avant ou tourner la tête et du fait que ces douleurs augmentaient au cours de la journée. Hormis sous l'angle ostéoarticulaire, l'examen clinique n'avait rien relevé d'anormal. En revanche, l'examen ostéoarticulaire avait révélé une limitation de la rotation de la nuque à gauche et à droite (40-0-40° au lieu de 60-0-60°) et de l'extension de la flexion (30-0-30° au lieu de 40-0-40°). Ce médecin a en outre posé le diagnostic de cervicalgies suite à un accident automobile (whiplash). Il a considéré que la capacité de travail objective était, en date de son rapport, de 50%. Une reprise de travail à 100% était parfaitement envisageable pour le 1^{er} septembre 2007. Dans l'hypothèse où l'assuré n'aurait pas repris le travail à cette date, une nouvelle expertise médicale serait à mettre en oeuvre. L'assuré s'est prévalu du fait que ce rapport entraînait en contradiction avec celui du médecin d'arrondissement de la CNA et a demandé à cette dernière de reconsidérer sa décision. Pour le surplus, il a précisé que le pronostic établi par le Dr B. _____ s'agissant d'une reprise de travail à plein temps envisagée pour le 1^{er} septembre 2008 était correct, la portée réelle de son cas lui semblant limitée. Par décision sur opposition du 19 août 2008, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 20 mai 2008, au motif qu'aucun élément ne justifiait de s'écarter des conclusions de deux spécialistes, en particulier celles Dr C. _____, fondées sur la doctrine et la jurisprudence, sans que le seul avis du Dr B. _____, selon lequel les cervicalgies étaient imputables à l'accident, permette de tenir cette affirmation pour établie.

De surcroît, l'assureur-maladie avait accepté de prendre en charge l'incapacité de travail du 29 avril au 31 août 2008. C. Par acte du 18 septembre 2008, L. _____ a interjeté un recours contre la décision sur opposition de la CNA du 19 août 2008. Il rappelle avoir été victime d'un choc frontal et subi un "violent traumatisme cervical et lombaire par décélération (whiplash)", selon son médecin traitant, le Dr D. _____. Il fait valoir que ce diagnostic avait déjà été posé par le Dr B. _____ dans son rapport du 25 juin 2008, admettant toutefois qu'il n'appartenait pas à ce médecin de clarifier la question du rapport de causalité entre ces troubles et l'accident du 4 mai 2007. Il soutient encore que le type de lésion dont il souffre nécessite des investigations importantes, notamment dans la mesure où elles sont difficiles à objectiver et où l'expérience montre que les suites de telles lésions peuvent n'apparaître qu'avec le temps. Il rappelle que le Dr D. _____ a clairement tranché la question du rapport de causalité entre ses troubles et l'accident du 4 mai 2007. Il fait enfin valoir que le rapport du Dr C. _____ du 2 avril 2008, que la CNA a fait sien pour fonder la décision attaquée, ne compte que quelques lignes, que ce médecin ne l'a jamais personnellement ausculté, mais a fondé son avis sur la base du dossier médical à sa disposition le 2 avril 2008, alors même qu'une incapacité de travail est survenue à partir du 29 avril 2008. Fort de ce nouvel événement, il en conclut que le rapport du Dr C. _____ ne s'est pas fondé sur des investigations suffisantes, qui auraient dû intervenir après le 29 avril 2008. Partant, il conclut principalement à être mis au bénéfice de l'ensemble des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 15 avril 2008 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'assureur pour complément d'instruction et nouvelle décision. Dans sa réponse du 15 octobre 2008, la CNA, représentée par Me Olivier Derivaz, souligne que le recourant se fonde essentiellement sur les avis des Drs B. _____ et D. _____ pour soutenir que ses troubles sont d'origine traumatique. Elle déclare ne pouvoir se rallier à cette appréciation, en raison notamment du fait que l'accident du 4 mai 2007 n'avait provoqué aucune lésion organique, que les suites de l'accident avaient été simples et rapides, que le recourant n'avait pas véritablement été gêné dans son métier - qu'il a par ailleurs pu reprendre rapidement - et que l'IRM cervicale avait été dans la stricte normalité. Au demeurant, les Drs B. _____ et D. _____ se bornent à affirmer que les cervicalgies sont survenues à la suite de l'accident, sans démontrer en quoi ce rapport de causalité devrait être tenu pour établi. L'intimée souligne enfin que l'assureur-maladie a accepté d'intervenir et même de prolonger sa prise en charge du cas, ce qu'il n'aurait certainement pas accepté de faire s'il avait été convaincu de l'origine accidentelle des troubles présentés par le recourant, et conclut dès lors au rejet du recours et au maintien de sa décision sur opposition du 19 août 2008. Le recourant a confirmé ses conclusions par réplique du 15 décembre 2008, rappelant qu'un accident du type "coup du lapin" requiert une grande attention et un suivi médical difficile, de sorte que l'absence de lésions objectives ne saurait à elle seule suffire à exclure tout lien de causalité entre ses troubles et l'accident. Par duplique du 26 janvier 2009, la CNA a confirmé ses conclusions. E n d r o i t : 1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 831.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). La

loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (cf. la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). En l'espèce, le recourant étant domicilié dans le canton de Vaud, son recours, interjeté en temps utiles auprès du tribunal compétent, est recevable. 2. 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; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53). En l'occurrence, est litigieuse la question de l'existence, respectivement de la persistance d'un rapport de causalité entre l'accident du 4 mai 2007 et les troubles présentés par le recourant. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177, consid. 3.1; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b, et les références). 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 la survenance de l'accident (*statu quo sine* ; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3). 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 accident (raisonnement *post hoc, ergo propter hoc* ; cf. ATF 119 V 335, consid. 2b/bb; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). II

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_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.2). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 177, consid. 3.2; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références). bb) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin" (Schleudertrauma) 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 134 V 109, consid. 9; ATF 119 V 335, consid. 1; TF 8C_683/2008 du 3 août 2009, consid. 3.2). Sur la base des principes développés ci-dessus, il faut ainsi, dans un cas particulier de symptômes dépourvus de substrat organique objectivable, commencer par se demander si, compte tenu du déroulement de l'accident et des troubles diagnostiqués, il s'agit d'un accident de type "coup du lapin" à la colonne cervicale. Si tel n'est pas le cas, il y a alors lieu de nier la vraisemblance prépondérante d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes spécifiques à la santé ne laissant apparaître aucun déficit fonctionnel organique (ATF 134 V 109). b) Le juge des assurances sociales 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. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2 e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées). Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en

considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées). 4. En l'espèce, le recourant soutient que le rapport du 2 avril 2008 du Dr C. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, rapport sur lequel s'appuie la CNA pour nier tout lien de causalité entre ses troubles et l'accident du 4 mai 2007, s'est fondé sur des investigations insuffisantes - notamment en raison du fait que le Dr C. _____ ne l'a pas personnellement examiné -, de sorte qu'il n'emporte pas force probante. Le recourant considère qu'il convient de préférer les avis du Dr B. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et de son médecin traitant, le Dr D. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lesquels établissent, à son sens, une relation de causalité entre ses troubles et l'accident du 4 mai 2007. Il convient d'examiner la force probante du rapport du 2 avril 2008 du Dr C. _____, respectivement de définir laquelle des opinions divergentes paraît devoir l'emporter, puis d'examiner si celle retenue établit à satisfaction de droit un lien de causalité entre l'accident du 4 mai 2007 et les troubles présentés par le recourant. a) Le rapport du 2 avril 2008 du Dr C. _____ prend en compte les contestations ressortant de la fiche complétée par le Dr U. _____ du CHUV, premier médecin à avoir examiné le recourant à la suite de son accident, ainsi que des avis du Dr Z. _____, spécialiste FMH en médecine interne, du Dr P. _____, spécialiste en radiologie, et du médecin traitant, le Dr D. _____. Il apparaît dès lors que le Dr C. _____ n'a négligé ni écarté aucune pièce médicale. On ne peut ainsi, sur ce point et jusqu'à la date du 2 avril 2008, considérer que son rapport élude les constats médicaux versés au dossier de l'intimée, ce dont le recourant ne disconvient du reste pas. Celui-ci considère par contre que le rapport du Dr C. _____ aurait dû faire l'objet d'une "mise à jour" en raison de l'incapacité de travail qu'il a présentée depuis le 28 avril 2008. Se pose ainsi la question de savoir si cette incapacité constitue un événement qui aurait dû conduire à une nouvelle appréciation du cas, au point d'entacher le rapport du Dr C. _____ du 2 avril 2008 du grief de manque de pertinence. Comme l'a relevé le Dr C. _____, le médecin traitant, le Dr D. _____, avait constaté des douleurs lombaires en février 2008, douleurs que les Drs U. _____ et Z. _____ n'ont pour leur part pas diagnostiquées. L'absence de constat par ces derniers pouvait dès lors conduire le Dr C. _____ à considérer que ces douleurs lombaires étaient, selon toute vraisemblance, indépendantes de l'accident. Cela d'autant que l'on ignore ce qui a fondé l'incapacité de travail, le certificat médical étant muet à cet égard. En outre, il ne faut pas perdre de vue que l'incapacité alléguée est intervenue une année après l'accident, et après que le recourant avait repris son activité à plein temps, alors même que celle-ci avait pu être reprise à peine dix jours après l'accident. Par ailleurs, l'activité habituelle n'a pas eu à être adaptée en raison de limitations fonctionnelles particulières et il n'est pas contesté qu'un dommage permanent n'était pas à craindre. Hormis des séances de physiothérapie, aucun traitement particulier n'avait été ordonné. Par conséquent, il était vraisemblable qu'à l'instar des lombalgies signalées en février 2008, l'incapacité de travail présentée le 29 avril 2008 fût indépendante de l'accident survenu une année plus tôt. Dans ces circonstances, l'avènement de l'incapacité n'était pas en tant que telle de nature à conduire au constat d'une instruction médicale insuffisante. En d'autres termes dès lors que seules des cervicalgies étaient en cause, sans tableau clinique

complexe avec de multiples plaintes et sans absence d'espoir d'amélioration notable après l'accident, il n'y avait pas à investiguer plus avant sur le plan médical. Le grief d'une instruction médicale insuffisante par le Dr C. _____ est ainsi écarté. b) Cela étant, le recourant soutient que l'avis du Dr B. _____ atteste de troubles en relation de causalité avec l'accident du 4 mai 2007. Sur ce point, on objectera au recourant qu'une telle affirmation ne suffit pas, faute d'investigation sur le plan médical. Comme le retient la jurisprudence, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident 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. Dans ces circonstances, on ne peut pas considérer que l'avis du Dr B. _____, basé en réalité sur l'absence d'antécédents avant l'accident, soit de nature à fonder l'existence d'un lien de causalité avec l'accident, ce dont l'assureur-maladie a du reste convenu en prenant le cas en charge. L'avis du médecin traitant, le Dr D. _____, n'est pas davantage utile au recourant. Outre qu'il convient, conformément à la jurisprudence, de l'admettre avec réserve, les médecins traitants ayant tendance à se prononcer en faveur de leur patient, le Dr D. _____ se borne à affirmer que les cervicalgies sont survenues à la suite de l'accident, sans démontrer pour quelles raisons cette causalité devrait, selon toute vraisemblance, être tenue pour établie. Or, comme mentionné auparavant, 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 accident. En revanche, au regard des constats objectifs des Drs U. _____, P. _____ et Z. _____, qui ne sont pas remis en cause par le recourant, force est de constater que l'accident n'était pas, selon toute vraisemblance, de nature à expliquer huit mois après sa survenance les troubles présentés par le recourant. En effet, hormis des douleurs à la nuque et à la colonne cervicale, le Dr U. _____ n'a constaté aucune lésion organique, n'ayant prescrit que des analgésiques et n'ayant retenu qu'une incapacité de travail de cinq jours. Le Dr P. _____ n'a pas non plus décelé de lésions organiques, en se fondant sur deux IRM jugées normales. Enfin, selon le Dr Z. _____, un dommage permanent n'était pas à craindre et l'incapacité de travail ne devait être que d'une dizaine de jours avant de recouvrer une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, qui n'avait pas à être adaptée. A cela s'ajoute encore que le recourant n'a pas présenté le tableau clinique typique retenu par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité en cas d'accident du type "coup du lapin", à savoir un cumul de plaintes tels que des maux de tête diffus, des vertiges, des troubles de la concentration et de la mémoire, des nausées, une fatigabilité accrue, des troubles de la vision, une irritabilité, une labilité émotionnelle, une dépression ou une modification du caractère (cf. consid. 3a/bb supra). En effet, le Dr U. _____ établit clairement que le recourant n'a pas perdu connaissance, ni connu de trou de mémoire, de réaction de peur ou de frayeur, de vertiges, de nausées ou de vomissements. Le Dr U. _____ a en outre constaté que l'état de conscience du recourant était normal et il n'a décelé aucun problème neurologique ni lésion externe, ce qui explique le fait que le recourant ait pu reprendre son travail à temps plein une dizaine de jours après l'accident, sans que son activité n'ait à être adaptée, et qu'il ne soutient pas avoir présenté d'atteintes psychiques, le seul traitement suivi ayant tenu à des séances de physiothérapie. 5. Il résulte de ce qui précède que c'est à bon droit que la CNA a mis un terme au versement de prestations au 15 avril 2008, faute de lien de causalité entre l'accident du 4 mai 2007 et les troubles qui ont subsisté. Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de

contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision attaquée est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. Le président: Le greffier: Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à: ■ Me Joël Crettaz (pour L. _____), ■ Me Olivier Derivaz (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents), - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier:

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