

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 379 vom 10. Februar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-02-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2011\\_\\_379](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__379)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 379 du 10 février 2011

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 379 del 10 febbraio 2011

## Regeste

ACCIDENT DE LA CIRCULATION, LIEN DE CAUSALITÉ, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, TRAUMATISME CERVICAL | 1 al. 1 LAA, 106 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 83 LOJV, 4 LPGA, 61 let. a LPGA, 61 let. g LPGA, 117 al. 1 LPA-VD, 2 al. 1 let. c LPA-VD, 55 al. 1 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD, 94 al. 1 let. a LPA-VD

## Erwägungen

### E. 10

février 2011 \_\_\_\_\_ Présidence de M. Abrecht Juges : Mme Thalmann et M. Bidiville, assesseur Greffier : M. Germond \*\*\*\*\* Cause pendante entre : A. \_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représenté par Me Olivier Burnet, avocat à Lausanne, et T. \_\_\_\_\_ Suisse société d'assurances, à Berne, intimée, représentée par Me Eric Stauffacher, avocat à Lausanne. \_\_\_\_\_ Art. 4 LPGA; 6 al. 1 LAA En fait : A. a) A. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant turc né en 1958, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> août 1984 en tant que poissonnier pour le compte de P. \_\_\_\_\_, à [...]; à ce titre il était assuré auprès de la T. \_\_\_\_\_ Suisse société d'assurances (ci-après: la T. \_\_\_\_\_ ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 29 mai 2001, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation au cours duquel, en voulant éviter une voiture arrivant en sens inverse, il a percuté un mur. Il en est résulté une entorse cervicale avec cervico-brachialgies droites sur hernie discale C5-C6. Il ressort du rapport de police du 31 mai 2001 que le mardi 29 mai 2001 vers 5h00 à l'aube, l'assuré, venant de son domicile et se rendant à son travail, circulait à une allure de 45-50 km/h lorsqu'il remarqua un véhicule qui arrivait normalement à sa place, en sens inverse. Surpris, il laissa son véhicule dévier vers la droite, où il roula quelques mètres sur le bord herbeux. Voyant que sa Mercedes se dirigeait vers un poteau, il donna un coup de volant à gauche, ce qui lui fit perdre la maîtrise de son véhicule. Dès lors, ce dernier traversa la chaussée, percuta un mur de soutènement bordant la route et s'immobilisa une vingtaine de mètres plus loin sur la voie opposée. Selon ses déclarations, le conducteur était attaché. Il a été conduit au [...] par la police. Le rapport de police relève que tout le côté gauche du véhicule est éraflé. Selon attestation médicale LAA de la T. \_\_\_\_\_ rédigée par le Dr M. \_\_\_\_\_ le 12 juillet 2001, les premiers soins chez ce médecin ont eu lieu le 5 juin 2001. Cette attestation indique que suite à l'accident du 29 mai 2001, l'assuré a souffert d'un traumatisme crânien avec probable perte de connaissance, initialement pris en charge au [...] à Lausanne; par la suite, il y a eu apparition progressive de douleurs type cervico-brachialgie droite avec paresthésie au niveau de la main droite. Le diagnostic retenu dans l'attestation est celui d'un traumatisme crânien avec entorse cervicale et hernie discale C5-C6 préexistante. Selon l'attestation médicale LAA de la T. \_\_\_\_\_ rédigée le 13 juillet 2001 par le Dr

Z. \_\_\_\_\_, médecin-assistant au Service d'orthopédie et de traumatologie du [...], les premiers soins au [...] ont eu lieu le 29 mai 2001. Le diagnostic retenu dans l'attestation est celui d'une contusion cervicale. L'assuré a été totalement incapable de travailler jusqu'au 7 juin 2001, date à laquelle il a repris son activité dans le proportion de 50% jusqu'au 22 mai 2002, date de son entrée en séjour à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) de la SUVA, à Sion. La T. \_\_\_\_\_ a garanti les suites immédiates de l'accident. Une IRM, effectuée le 6 juillet 2001, a révélé une petite hernie C5-C6 intraforaminale du côté droit et une discopathie C5-C6. b) Dans un rapport médical établi le 4 octobre 2001, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, à Lausanne, a relevé que l'assuré souffrait de cervico-céphalo-brachialgies droites de topographie plutôt postéro-externe entraînant une incapacité de travail de 50%. De ce rapport, il ressort en bref les éléments suivants: - Il s'agit d'un sujet en bonne santé habituellement, souffrant, à la suite d'un accident de la circulation, de cervico-céphalo-brachialgies droites de topographie plutôt postéro-externe, se compliquant d'un manque de force globale dans le membre supérieur droit et de paresthésies paraissant intéresser la partie externe de l'avant-bras et les trois derniers doigts droits. Cette symptomatologie persiste malgré les différents traitements tentés jusqu'ici et entraîne une incapacité de travail de 50%; - l'examen clinique relève un nuque de mobilité intestable en raison de la provocation d'une réaction antalgique immédiate. Les muscles paracervicaux droits, ainsi que le chef supérieur du trapèze droit paraissent sensibles à la pression et contracturés. L'auscultation et la palpation des carotides sont physiologiques. L'examen des paires crâniennes, du tronc et des membres inférieurs est sans anomalie. A l'examen des membres supérieurs, le status est superposable à celui décrit dans le Service de neurochirurgie du [...], avec une trophicité musculaire préservée, des réflexes tendineux faibles, mais symétriques, des phénomènes de lâchages étagés au niveau du membre supérieur droit, mais sans réelle faiblesse, et enfin une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre supérieur droit. Les sensibilités posturales et vibratoires sont préservées, bien que l'assuré ait la sensation que la sensibilité vibratoire est diminuée du côté droit; - il a été procédé à un EMG du membre supérieur droit. L'étude myographique ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs avec des tracés en mouvement à basse fréquence, mais normalement riches typiques de phénomènes de lâchages. Etant donné la notion de paresthésies au niveau des trois premiers doigts et la présence de signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien, il a encore été pratiqué un bilan électrophysiologique du nerf médian, qui s'est révélé sans anomalie significative; - le bilan n'apporte donc pas la preuve d'un déficit neurologique et notamment d'une atteinte radiculaire à l'origine des troubles. Le caractère des plaintes et le résultat de l'IRM cervicale font penser qu'il existe certainement chez l'intéressé une épine somatique correspondant à une irritation radiculaire C6, vraisemblablement intervenue à la suite d'un mécanisme d'étirement de la racine lors de l'accident, favorisé par la présence de la petite hernie discale C5-C6, elle-même très certainement préexistante à l'accident, comme en témoignent les radiographies qui mettent en évidence une discopathie. Sur cette épine organique se greffe actuellement un certain degré de surcharge psychogène, comme le relèvent l'aspect démonstratif de l'intéressé, l'atypie des constatations cliniques et le résultat de l'EMG; - il n'y a pas d'indication neurochirurgicale, vu l'absence d'anomalies objectives et le contexte psychologique. En cas d'échec de l'ensemble des mesures thérapeutiques et de la persistance d'une incapacité de travail, l'avis de la CRR, à Sion, serait peut-être utile. c) Interpellé par la T. \_\_\_\_\_, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué par courrier du 19 avril 2002 qu'au vu du

dossier et de la situation décrite, une reprise du travail plus importante semblait compromise tout au moins pour le moment. Par contre, l'on pouvait admettre qu'une année après son accident, les troubles liés à ce traumatisme, vu l'absence de troubles organiques objectivables, devraient être résolus et que le facteur psychogène dominait le tableau clinique. Ce médecin était ainsi d'avis qu'il n'y avait plus de relation directe entre l'accident du 29 mai 2001 et la situation actuelle du patient. d) Suite à un séjour dans le Service de réadaptation neurologique de la CRR, du 22 mai au 12 juin 2002, les médecins dudit service ont diagnostiqué, dans un rapport médical du 26 juin 2002, des cervico-brachialgies chroniques, un état dépressif et une hernie discale intraforaminale C5-C6 droite. Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 50% dans son ancienne activité en limitant le port de charges à 10 kilos. Leurs constatations sont en substance les suivantes: - Les diagnostics sont ceux de cervico-brachialgies chroniques, d'état dépressif, et, à ce titre de comorbidité, d'hernie discale intraforaminale C5-C6 droite. - L'assuré a été adressé à la CRR pour prise en charge physio thérapeutique intensive dans un contexte de cervico-brachialgies droites de topographie clairement C6 à l'anamnèse. A l'admission, le status révélait une limitation fonctionnelle cervicale active, prédominant à droite, avec hypertonie de la musculature para vertébrale et palpation décrite comme douloureuse tant au niveau cervical qu'aux niveaux scapulaire et du membre supérieur droit. La mobilité passive n'était pas contributive en raison de nombreuses contre pulsions. L'examen neurologique montrait des troubles aspécifiques de la sensibilité touchant la nuque, la région dorsale haute, l'épaule et tout le membre supérieur à droite. La force musculaire du bras droit était difficilement évaluable en raison des nombreux lâchages antalgiques, mais était en tout cas à M4. Aucun déficit des réflexes n'était noté. - L'IRM cervicale, effectuée le 23 mai 2002 a confirmé la présence d'une petite hernie intraforaminale proximale C5-C6 droite, entrant en contact avec la racine C6 et sans progression depuis l'imagerie de juillet 2001. A signaler également une petite hernie discale C6-C7 droite sans conflit radiculaire. - Dès l'admission, a été instauré un traitement d'épreuve de corticoïdes sur quelques jours avec bon effet sur les douleurs, mais ces dernières ont récidivé dès l'interruption de cette médication. Par ailleurs, l'intéressé a suivi un programme physio thérapeutique quotidien (mobilisation activo-passive cervicale et des épaules, antalgie, piscine, ETH). Tant du point de vue objectif que sur le plan subjectif, aucun progrès n'a été noté. En conséquence, la poursuite ambulatoire de la physiothérapie est inutile. - Dans le contexte de douleurs chroniques, l'assuré s'est également entretenu avec le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a mis en évidence un état dépressif. Sur le conseil de ce praticien, le Tryptizol a été interrompu et un traitement d'Aurorix institué. - Au cours du séjour, le sujet a fréquenté les ateliers professionnels. Il y a effectué des travaux sur bois, en position debout, avec des charges maximales de 10 kilos, et cela sur des périodes d'une heure trente à deux heures. Malgré de nombreuses plaintes, l'assuré a fait preuve de bonne volonté et a toujours collaboré de manière optimale. - En définitive, il s'agit d'une situation difficile dans laquelle il existe un substrat organique clair et une description d'une symptomatologie compatible avec ce dernier. Néanmoins, les observations du status dépassent largement le socle somatique. En outre, il y a lieu de mentionner l'état dépressif. - Au vu de la bonne réponse aux corticoïdes, il se justifie d'adresser l'assuré à un Centre de la douleur afin d'évaluer l'indication à une infiltration de la racine C6 droite. Si cette dernière devait améliorer sensiblement l'état, une intervention chirurgicale devrait alors être rediscutée. - Sur le plan professionnel, la capacité de travail doit être estimée à 50% en limitant le port de charges à 10 kilos. L'assuré a repris son activité lucrative, à 50%, le 17

juin 2002, mais l'a interrompue après quelques heures. e) Interpellé par l'assureur-accidents, le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin traitant, qui a fixé l'incapacité de travail de l'assuré à 100%, a relevé en bref ce qui suit dans un rapport médical du 17 octobre 2002: - Après le séjour à la CRR, l'assuré a continué à présenter les mêmes plaintes algiques cervico-brachiales droites. Une tentative de reprise du travail à 50% a été entreprise à partir du 17 juin 2002, mais, après quelques heures de travail, l'intéressé est rentré à la maison, confronté à des douleurs invalidantes; - actuellement, l'assuré a été adressé au Centre de la douleur de l'Hôpital de [...], où une prise en charge a été faite afin de soulager les douleurs permanentes. Il faut espérer que cette thérapie puisse améliorer la situation et permettre au sujet de reprendre au moins partiellement le travail; - actuellement, il n'est pas possible de contraindre l'assuré à reprendre son activité nécessitant une utilisation répétée des bras avec des efforts importants. f) Mandaté par la T. \_\_\_\_\_ en qualité d'expert, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a, dans son rapport d'expertise du 23 juin 2003, diagnostiqué une petite hernie discale C5-C6 droite sans signes de compression radiculaire, un status après distorsion cervicale modérée, une uncarthrose cervicale modérée, mais présente déjà avant l'accident et des probables troubles somatoformes avec composante psychique possible, sinon probable. L'expert a estimé que, du point de vue orthopédique, la capacité de travail de l'expertisé était de 50% dans le métier pratiqué au moment de l'accident. L'expert E. \_\_\_\_\_ a produit, en annexe à son rapport, un bilan radiologique par lui sollicité auprès du Dr J. \_\_\_\_\_, radiologue spécialisé en chirurgie osseuse et du rachis, auprès de la Clinique [...], à [...], dont il ressort ce qui suit: - La colonne cervicale présente une petite uncarthrose préexistante au traumatisme C5-C6. Dans l'évolution des IRMS, on note aucune image de hernie discale intracanalair ou foraminale, ni aucune séquelle de lésion traumatique osseuse. Tout au plus, existe-t-il la persistance d'une petite rectitude du segment cervical C3-C6; - de tout petits corps métalliques au niveau cérébral, en particulier des fosses temporales, et de la selle turcique; - le reste du bilan osseux est dans les limites de la norme, si ce n'est une discopathie L4-L5 et L5-S1. Pour sa part, l'expert E. \_\_\_\_\_ a fait les constatations suivantes: " Diagnostic - Petite hernie discale C5-C6 droite sans signes de compression radiculaire. - Status après distorsion cervicale modérée. - Uncarthrose cervicale modérée, mais présente déjà avant l'accident. - Probables troubles somatoformes avec composante psychique possible, sinon probable. Discussion: J'ai noté plusieurs discordances dans l'anamnèse et dans l'examen clinique du patient, de même que dans l'étude du dossier: - Le patient ne sait plus s'il avait attaché sa ceinture [lors de l'événement du 29 mai 2001], mais il déclare qu'il s'est cogné la tête contre le pare-brise à gauche. S'il avait eu sa ceinture, dans une grosse Mercedes, à la suite d'un choc oblique latéral gauche, il est probable qu'il ne se serait pas cogné la tête. - Le radiologue (1 ère IRM) parle, pour l'indication à cet examen, d'un coup du lapin. Il n'y a certainement pas eu de traumatisme par décélération, puisqu'il s'est agit d'un choc latéral, et non d'un choc arrière. - Le Dr M. \_\_\_\_\_, le 12 juillet 2001, parle d'une entorse cervicale et le [...] (13 juillet 2001) parle d'une contusion cervicale. - Le patient est démonstratif et ses réactions sont exubérantes, ne correspondant pas au status clinique. - Alors que la pression axiale sur la tête, en position assise, déclenche des douleurs chez le patient, ce qui est assez fréquent, curieusement l'extension manuelle de la colonne cervicale qui, d'habitude, soulage les patients souffrant de celle-ci, non seulement ne le soulage pas, mais provoque également des douleurs. - Le patient est droitier, il ne travaille plus depuis une année et déclare que les efforts et le port de choses lourdes se font majoritairement du côté gauche. Cependant je n'ai pas noté, aux périmètres, d'atrophie

musculaire au membre supérieur droit par rapport au gauche, ce à quoi on aurait pu s'attendre. - Je note également que le Dr Q. \_\_\_\_\_ a mentionné déjà, en octobre 2001, que le patient paraissait assez démonstratif et que la mobilité était instable à cause d'une réaction antalgique immédiate, alors qu'à la consultation d'urgence au [...] (certificat initial du 13.7.01), il est noté que la mobilité cervicale est complète. - Il est curieux de constater que le patient déclare avoir eu mal à sa nuque alors qu'il était au [...] en urgence le jour de son accident, mais qu'il a attendu une semaine pour consulter son médecin traitant, et qu'il n'est pas allé travailler pendant cette semaine. - Il est également curieux que le patient, qui a travaillé à 50% jusqu'à son admission à la clinique de Sion, le 22 mai 2002, donc pendant pratiquement une année, qui déclare ne pas avoir été amélioré par ce séjour, mais qui ne déclare pas qu'il y a eu péjoration non plus, ait été déclaré de nouveau à la sortie de Sion, le 12 juin 2002, à l'incapacité de travail complète par une instance médicale de Lausanne, alors que la clinique de Sion considérait sa capacité de travail comme étant de 50% dans le métier de poissonnier. [...] Le psychiatre de Sion, le Dr L. \_\_\_\_\_, a diagnostiqué un état dépressif, ce qui confirme donc qu'il y a un état psychologique chez le patient, influençant le cours de son affection. Pour ma part, compte tenu de mes constatations, j'estime qu'au point de vue purement orthopédique et somatique, le patient doit être capable de travailler à 50% dans le métier pratiqué au moment de l'accident, comme il l'avait fait pendant l'année qui a suivi l'accident. Si le Dr H. \_\_\_\_\_, de [...], estime que la capacité de travail du patient est définitivement nulle, ce qui semble être confirmé par les dires du patient, il me paraît que la composante psychique que je soupçonne fortement devrait être évaluée par un psychiatre. [...] Je puis donc répondre de la manière suivante aux questions que vous me posez: [...] Au point de vue physique, le patient présentait certainement un état antérieur, peut-être inconnu, mais qui consistait en une arthrose modérée des facettes articulaires postérieures de la colonne cervicale et, comme déjà constaté par plusieurs médecins avant moi, une petite hernie discale C5-C6 droite qui n'était certainement pas due à l'accident. [...] S'il y a eu un choc contre le pare-brise, à mon avis cela signifie que le patient n'avait pas mis sa ceinture de sécurité. S'il n'y a pas eu de choc contre le pare-brise, le fait qu'il se soit agi d'un choc latéral avec glissement de la voiture contre un mur, me fait dire qu'il ne s'est pas agi d'un choc brusque, mais d'un mouvement progressif. Une entorse cervicale est dans ces conditions possible, mais on ne peut pas considérer qu'il s'agit d'une entorse grave. Etant donné les discordances que j'ai relevées, il est difficile de se prononcer d'une manière plus précise sur la causalité de l'état actuel. Il y a certainement eu des conséquences de cet accident. Une discordance supplémentaire consiste dans le fait que le patient a déclaré à la gendarmerie qu'il avait mal aux deux mains, avec des éraflures et que la gendarmerie n'a mentionné ces blessures dans son rapport. Ceci ne veut pas dire qu'il n'y a pas eu une entorse cervicale, compte tenu du fait que les douleurs cervicales ne surviennent pas toujours immédiatement après un accident, mais bien avec un temps de latence qui peut aller entre 1 et 3 jours. [...] J'ai noté ci-dessus que l'état physique du patient me paraissait tout à fait compatible avec un travail de poissonnier au moins à 50%, c'est-à-dire dans les conditions où il se trouvait avant d'aller à la clinique de Sion. [...] Pour ma part, je suis d'accord avec les opinions des médecins qui m'ont précédés, c'est-à-dire qu'il n'y a aucune indication chirurgicale concernant ce patient. Une éventuelle intervention sur l'espace C5-C6 risquerait beaucoup trop de péjorer encore plus l'état du patient. Seul un traitement conservateur pourrait être envisagé.[...] En ce qui concerne les questions relatives à l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale, pour ma part je ne pense pas que l'on puisse déclarer que le patient souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité

physique.[...] " g) Mandaté en qualité d'expert psychiatre, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève, a posé, dans son rapport d'expertise du 21 juillet 2003, le diagnostic d'exagérations symptomatiques pour des motifs non médicaux et a relevé que l'existence d'une atteinte à l'intégrité mentale était exclue. Il a notamment exposé ce qui suit: " Analyse de la distorsion Introduction Lorsque l'entretien était terminé, l'expert prenait un peu de recul avec ce qui avait été dit et analysait ses notes pour savoir en quoi les informations avancées par l'assuré pouvaient avoir été influencées, consciemment ou non, par divers mécanismes de distorsion. Cette recherche d'objectivité relevait de son travail systématique et non d'attitudes particulières de l'assuré. A ce titre, celui-ci [l'expert] s'employait à déterminer quels étaient les mécanismes de distorsion mis en jeu (classiquement la dissimulation d'informations, l'exagération ou la minimisation et le mensonge [...]); et les signes d'alerte de ces mécanismes mentaux (par exemple les contradictions, la découverte d'une non compliance médicamenteuse etc.). Evitement Les questions relatives aux activités quotidiennes exercées par l'assuré obtenaient des réponses évasives ne permettant pas de se faire une représentation claire de ses activités. Celui-ci devait même être interrogé plusieurs fois jusqu'à ce qu'une image à peu près réaliste puisse émerger. Inversement, interrogé quant à ses activités professionnelles antérieures, l'assuré devenait très concret et donnait des exemples à l'appui. Cette tendance à éviter de répondre aux questions ne pouvait pas relever d'une carence éducative ni d'un défaut des facultés neurocognitives considérées comme normales. Il s'agissait donc d'un évitement à répondre aux questions relatives aux conséquences fonctionnelles des troubles psychiques annoncés. [...]. Ceci laissait supposer que l'assuré faisait bien plus d'activités qu'il ne le laissait entendre et vraisemblablement aussi plus agréables que ce qu'il rapportait. Dissimulation Lorsque l'assuré omettait de parler de ses consommations éthyliques réelles, à en juger par un taux de GGT élevé et à une CDT également importante il dissimulait, consciemment ou non, certains de ses symptômes. Consécutivement, il induisait l'expert et ses médecins dans des attitudes médicales (diagnostics, traitements, pronostics de rétablissement) erronées. Ceci mettait en lumière sa capacité à moduler la présentation de ses symptômes psychiatriques et relativisait finalement ses plaintes. Fausse amnésie Lorsque l'assuré disait ne pas connaître l'origine des fragments métalliques à la base de son crâne, de toute évidence, il affirmait des contrevérités. Il n'existait pas de motif psychiatrique, vu l'histoire rapportée, permettant de penser qu'il ne connaissait pas l'origine d'atteintes physiques antérieures à son accident. Bénéfices secondaires de la maladie Sur un plan familial, l'assuré avait une épouse très atteinte qui devrait être aidée dans les activités de la vie quotidiennes. Dans ces conditions, consciemment ou non, il pouvait avoir intérêt à vouloir se maintenir proche d'elle pour la soutenir de manière humaniste et pratique. [...] Traitement antalgique L'expert s'étonnait de l'absence d'utilisation plus large des traitements antalgiques par l'assuré alors même que celui-ci se plaignait de souffrir au point d'en ressentir des limitations fonctionnelles s'il portait des charges lourdes. Cette attitude n'était pas conforme à celle d'une personne mettant tout en œuvre pour retrouver sa capacité de travail, fût-elle partielle. Non compliance L'assuré mentait lorsqu'il prétendait suivre son traitement antidépresseur de Tryptizol à en juger par des taux sérologiques quasiment nuls le jour de l'entretien avec l'expert. Ces taux nuls ne correspondaient pas non plus à un oubli d'adhésion thérapeutique la veille de l'entretien. L'absence de sincérité entretenue avec l'expert et les praticiens permettait de conclure qu'il n'existait pas de rapport de confiance avec l'assuré. Si celui-ci voulait réellement progresser sur le plan psychiatrique, il disposait de tous les traitements et du réconfort moral nécessaires, mais il ne les utilisait pas. Sans doute

jugeait-il ne plus en avoir besoin. Consécutivement, il induisait l'expert et ses médecins dans des attitudes médicales (diagnostics, traitements, pronostics de rétablissement) erronées. Ceci mettait en lumière sa capacité à moduler la présentation de ses symptômes psychiatriques autant que son rapport de l'adhésion thérapeutique. Vu de l'extérieur, cette attitude obligeait l'expert à relativiser les plaintes de l'assuré. L'assuré montrait aussi qu'il jugeait ne pas avoir besoin d'antidépresseurs car son état ne le justifiait plus. Conclusions

Non exhaustivement, ces observations relatives à la distorsion, sans exclure la présence de troubles psychiques résiduels, rendaient compte d'une modulation importante de l'assuré sur la description de sa capacité fonctionnelle et sur une motivation, consciente ou non, à exagérer l'intensité de ses troubles psychiques réels. Ré analysées, les conséquences des symptômes étaient nettement moins intenses que ce qui était laissé à croire en début d'entretien. A ce titre, l'expert relevait que, selon le DSM-IV, la simulation était une intention, consciente ou non, de produire, de modifier ou d'exagérer grossièrement des symptômes physiques ou psychiques en étant motivé par des intentions externes à la maladie, telles que l'évitement du travail, l'obtention de compensations financières ou encore pour assurer de meilleures conditions de vie. Une simulation devait être fortement suspectée en présence de l'une ou de plusieurs des manifestations suivantes: - L'existence d'un contexte médico-légal lié à l'expertise, - une discordance importante entre la souffrance et l'incapacité rapportée par le sujet et les résultats objectifs de l'examen, - un manque de coopération au cours de l'évaluation diagnostique et un manque d'observance des traitements médicaux prescrits et, - l'existence d'une personnalité antisociale. L'assuré répondait donc à trois des quatre critères de la simulation (au sens d'exagération de l'impact fonctionnel des symptômes psychiatriques et sans nier leur existence) selon le DSM-IV.

Code diagnostic CIM-10 Z 76.2: Exagérations symptomatiques pour des motifs non médicaux. [Réponses aux questions] 5. L'assuré présente-t-il un état préexistant et/ou indépendant de l'accident influençant l'évolution post-accidentelle? En premier lieu, il ressortait que l'assuré n'était très probablement pas une personne sincère lorsqu'il évoquait ne pas connaître l'origine des fragments métalliques dans son corps. Dès lors, l'expert en venait à penser que le tableau psychique présenté par l'assuré avant les faits et l'examen médical en général n'étaient pas apportés objectivement. En outre l'analyse de la distorsion réalisée en cours d'entretien permettait de conclure que l'assuré avait des motifs conscients ou non à vouloir attribuer à une symptomatologie minime une incompatibilité fonctionnelle de 100% qu'elle n'avait pas. Le fait que l'assuré puisse intégrer socialement normalement tout au long de sa vie professionnelle avant l'accident était un argument pour penser qu'il n'avait pas subi de troubles psychiques majeurs ayant un impact fonctionnel. [...] 6. Un état psychique indépendant de l'accident existe-t-il? Si oui, quel est cet état et quel est le pourcentage de cet état dans son incapacité de travail actuelle? Au moment de notre entrevue, l'expert ne pouvait pas attester de troubles psychiques majeurs. Tout au plus pouvait-il suspecter des consommations d'alcool nocives pour la santé dans une proportion difficile à estimer. Dès lors, il n'existait pas de troubles psychiques influençant la capacité de travail actuelle. Pour des motifs psychiatriques, au moment de notre entrevue, l'assuré avait une capacité de travail de 100%. 7. L'état actuel est-il une conséquence totale ou partielle de l'accident? De manière certaine, l'état psychique de l'assuré ne peut pas être mis en rapport avec l'accident du 29 mai 2001. En revanche, l'assuré présente des motifs conscients ou non à vouloir infléchir son status clinique pour faire penser à l'existence d'une incapacité fonctionnelle de travail. 8. Existe-t-il une atteinte durable et importante à l'intégrité mentale? L'examen psychiatrique et l'examen de la capacité fonctionnelle

présentés par l'assuré permettaient à l'expert d'exclure l'existence d'une atteinte à l'intégrité mentale chez l'assuré. " h) Par courrier du 2 décembre 2003, la T. \_\_\_\_\_ a informé l'assuré qu'elle cesserait de lui verser des prestations LAA en raison du fait que le lien de causalité entre les troubles actuels et l'incapacité de travail y relative et l'accident du 29 mai 2001 n'était pas établi. L'assuré a alors demandé aux Drs M. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ d'établir des rapports complémentaires. Par courrier du 20 janvier 2004, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 3 juillet 2002 pour prise en charge de cervico-brachialgies chroniques et réfractaires apparues après l'accident de circulation du 29 mai 2001. Selon ce médecin, l'assuré présentait un syndrome douloureux chronique de la région cervico-scapulo-brachiale droite dans les suites d'un traumatisme cervical par contusion ou élongation. Les propos, le comportement et la réaction de l'assuré à certains stimuli ne différaient pas de ceux habituellement rencontrés chez des patients souffrant d'un problème similaire de douleurs chroniques post-traumatiques et il n'y avait aucun indice que l'assuré ne disait pas la vérité ou qu'il était un simulateur. Quant au Dr M. \_\_\_\_\_, il a indiqué le 26 janvier 2004 qu'il suivait l'assuré depuis le mois de mai 1998. Au cours de ces dernières années et notamment lors de nombreux entretiens après l'accident de 2001, il n'avait pas eu le sentiment que son patient lui cachait des éléments importants de son histoire ni qu'il maquillait la vérité. Avant l'accident de 2001, il n'avait pas observé de troubles psychiques ni d'exagération de plaintes chez un patient paraissant assez bien intégré et très attaché à son travail. De même pour les douleurs post-accidentelles, il était difficile d'évoquer une exagération, les troubles étant actuellement chronifiés mais découlant directement de l'accident. Tant le Dr M. \_\_\_\_\_ que le Dr H. \_\_\_\_\_ ont encore confirmé, par courriers des 25 août et 27 septembre 2004, qu'à leur avis les troubles actuels du patient, soit un syndrome douloureux chronique sévère et invalidant, étaient étroitement liés à l'accident du 29 mai 2001, sans que personne ne pût apporter d'autre affirmation. i) Par décision du 23 février 2004, confirmée par décision sur opposition du 19 juillet 2004, la T. \_\_\_\_\_ a mis fin à ses prestations au 31 décembre 2003, pour les motifs suivants: - L'accident a eu lieu le 29 mai 2001. Toutefois, la décision litigieuse (23 février 2004), dont la date est déterminante pour l'application du droit, ayant été rendue après l'entrée en vigueur de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1), c'est cette loi qu'il convient d'appliquer; - l'assurance-accidents est tenue à prestation s'il existe un lien de causalité naturelle (question de fait que l'administration ou le juge tranche à la lumière des rapports médicaux) et un lien de causalité adéquate (question de droit) entre le dommage et l'accident (ATF 115 V 403); - le principe "post hoc ergo propter hoc" n'est pas suffisant à fonder un lien de causalité naturelle; ainsi ce n'est pas parce qu'une atteinte à la santé est constatée après un accident que l'accident en sera forcément la cause (ATF 119 V 341); - en présence d'un accident ayant entraîné des conséquences physiques, le lien de causalité adéquate ne joue pratiquement pas de rôle en tant que restriction de la responsabilité de l'assureur-accidents ressortant d'un lien de causalité naturelle (ATF 118 V 291). La causalité adéquate se recoupe ainsi avec la causalité naturelle; - en l'espèce, d'amples investigations ont été entreprises sur le plan médical. Les médecins consultés, soit des généralistes, radiologues, neurologues, neurochirurgiens, orthopédistes et psychiatres, ont abordé la question du rapport de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé de l'assuré et l'accident du 29 mai 2001; - s'agissant des troubles psychiques, l'expert N. \_\_\_\_\_ ne peut attester de troubles psychiques majeurs, de sorte que l'état psychique de l'assuré ne peut pas être mis en rapport avec l'accident du 29 mai 2001; - quant aux troubles physiques, interpellé par l'intimée, le

Dr V. \_\_\_\_\_ a déclaré, par courrier du 19 avril 2002, qu'il n'y a plus de relation directe entre l'accident du 29 mai 2001 et la situation actuelle du patient; - les rapports du Dr J. \_\_\_\_\_ du 13 juin 2003 et du Dr E. \_\_\_\_\_ du 23 juin 2003 montrent l'absence d'observation clinique pouvant être mise en relation de causalité naturelle avec l'accident du 29 mai 2001; - le lien de causalité naturelle entre les troubles physiques et l'accident n'est donc pas donné au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en assurances sociales, si bien que l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu; - l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'événement du 29 mai 2001 et les troubles actuels de l'assuré n'étant pas établi, la T. \_\_\_\_\_ ne saurait être tenue de lui verser des prestations au-delà de celles qui lui ont déjà été accordées. B. a) A. \_\_\_\_\_, représenté par l'avocat Olivier Burnet, a recouru contre cette décision par acte du 8 octobre 2004, en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens que l'intimée était tenue de poursuivre le versement de ses prestations à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004. En outre, il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale. Pour l'essentiel, le recourant fait valoir ce qui suit: - A la suite de l'accident du 29 mai 2001, il a pu travailler environ une année à temps partiel. Toutefois, dès son retour de la CRR (le 19 juin 2002), il n'a jamais pu reprendre une quelconque activité professionnelle; - la position peu nuancée de la T. \_\_\_\_\_ est surprenante dès lors que le Dr V. \_\_\_\_\_, sur l'avis duquel elle paraît se fonder, n'a jamais rencontré l'assuré. Ce médecin s'est contenté de rédiger un bref rapport d'une quinzaine de lignes, au vu du dossier et de la situation décrite; - l'affirmation de l'expert psychiatre N. \_\_\_\_\_ selon laquelle le recourant aurait tendance à "exagérer l'intensité de ses troubles psychiques réels" serait contredite par un rapport du 26 janvier 2004 du Dr M. \_\_\_\_\_, médecin traitant, et par les réponses du Dr H. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital de [...]; - il ressort de toutes les pièces médicales figurant au dossier que le trouble présenté par l'assuré est lié à l'accident de circulation du 29 mai 2001; - cet accident doit, dans tous les cas, être qualifié de gravité moyenne, ce qui, au vu des critères posés par la jurisprudence qui sont remplis en l'espèce, permettrait d'admettre sans hésitation le caractère adéquat du lien de causalité; - l'expertise médicale dont la mise en œuvre est requise par le recourant, devrait porter sur la nature et l'ampleur des douleurs ressenties par l'intéressé et, partant, sur son incapacité à exercer une activité. b) Dans sa réponse du 7 janvier 2005, la T. \_\_\_\_\_, représentée par l'avocat Eric Stauffacher, a conclu au rejet du recours. Son argumentation est en bref la suivante: - La décision attaquée se fonde non seulement sur le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, mais également sur les expertises menées sur le plan psychiatrique par le Dr N. \_\_\_\_\_ et sur le plan physique par le Dr E. \_\_\_\_\_, qui ont eux-mêmes rencontré le recourant. Se fondant sur l'entier du dossier médical du recourant, cet avis est probant; - quant aux autres rapports médicaux, émanant du Dr M. \_\_\_\_\_, médecin-traitant, et du Dr H. \_\_\_\_\_, ils doivent être examinés avec retenue et ne permettent pas de mettre en doute les conclusions convaincantes des experts; - même si le lien de causalité naturelle était établi, l'accident subi par le recourant ne pourrait en aucun cas être qualifié de gravité moyenne, de sorte que le lien de causalité adéquate ne serait pas donné. Un second échange d'écritures (réplique du 7 février 2005 et duplique du 15 avril 2005) n'a pas apporté d'éléments nouveaux. c) Une audience d'instruction s'est tenue le 13 septembre 2005, au cours de laquelle les parties se sont déclarées d'accord que la réalisation d'une expertise somatique soit confiée au Dr I. \_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service d'anesthésiologie et d'antalgie du [...], à Lausanne. Par courrier du 24 novembre 2005, le juge instructeur a informé le Dr I. \_\_\_\_\_ qu'il était désigné comme expert. Ce dernier a refusé le mandat par lettre du 7 décembre 2005. Dans une correspondance du 14 décembre 2005, le

recourant, par l'intermédiaire de son conseil, a proposé que le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin au centre de traitement et réadaptation de l'Hôpital d' [...], soit désigné comme expert. Le 21 décembre 2005, la T. \_\_\_\_\_, agissant par le biais de son représentant, a proposé la nomination du Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin adjoint à l'Hôpital [...], à [...]. Elle a avancé que, comme les douleurs dont souffrait l'assuré étaient apparues directement après l'accident, il serait plus approprié de confier une expertise à un médecin spécialisé en orthopédie et traumatologie des membres supérieurs plutôt qu'à un rhumatologue comme le Dr X. \_\_\_\_\_. Par courrier du 22 décembre 2005, l'assuré, toujours représenté par l'avocat Olivier Burnet, a relevé que le Dr X. \_\_\_\_\_ n'était pas qu'un spécialiste en rhumatologie, mais surtout des problèmes du rachis, de telle sorte qu'il avait toutes les qualités requises pour effectuer l'expertise demandée. En outre, le recourant a précisé qu'il s'opposait à la désignation du Dr O. \_\_\_\_\_, un médecin orthopédiste étant moins qualifié pour se déterminer dans le cas d'espèce. Le recourant et l'intimée ont confirmé leurs prises de position respectives par courriers respectifs des 20 février et 15 mars 2006. Par courrier du 28 mars 2006, le juge instructeur a désigné comme expert le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine interne, à [...]. Ce praticien a également décliné la mission, le 4 avril 2006, suggérant de la confier à un orthopédiste ou un neurochirurgien. Par courrier du 19 avril 2006, le juge instructeur a alors désigné le Prof. C. \_\_\_\_\_, chef du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du [...] à [...], en qualité d'expert. Par lettre du 21 avril 2006, le recourant, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposé à cette désignation, suggérant un rhumatologue comme expert. Le 25 avril 2006, la T. \_\_\_\_\_, représentée par l'avocate Véronique Loichat Mira, s'est référée au courrier du Dr D. \_\_\_\_\_ et a réitéré sa requête tendant à désigner le Dr O. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, comme expert. Le recourant a maintenu son opposition le 12 mai 2006, proposant de trancher par voie préjudicielle. Il a en outre produit un rapport du 10 mai 2006 du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin-chef du Service d'anesthésiologie et antalgie de l'Hôpital de [...], selon lequel "la recherche de problèmes ostéo-articulaires qu'ils soient traumatiques ou orthopédiques ne permet généralement pas de comprendre et d'expliquer ces situations d'authentiques douleurs où la plainte se fait en terme d'un désordre physique qui ne peut être documenté". Dans une correspondance du 18 mai 2006, la T. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de sa mandataire, a réitéré sa demande de désignation du Dr O. \_\_\_\_\_. Le 23 mai 2006, le juge instructeur a informé les parties que le tribunal se prononcerait sur l'opposition. Dans une correspondance du 14 août 2006, la T. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, a déclaré ne pas s'opposer à la décision de désigner le Prof. C. \_\_\_\_\_ en qualité d'expert. Par jugement incident du 26 octobre 2006, le Tribunal des assurances a rejeté l'opposition contre la désignation du Prof. C. \_\_\_\_\_, dans la mesure où elle était recevable. d) L'expertise a finalement été confiée au Dr U. \_\_\_\_\_, du Département de chirurgie (Clinique et policlinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur) des [...] de [...], qui a déposé son rapport le 14 juillet 2008. Cette expertise a été conduite par le Dr B. \_\_\_\_\_ sous la supervision du Dr U. \_\_\_\_\_. L'expertisé a été examiné ambulatoirement les 25 et 30 mai 2007. De ce rapport du

#### **E. 14**

juillet 2008, qui prend en compte dans l'anamnèse selon les actes l'ensemble des documents (notamment des avis médicaux) au dossier, il résulte notamment ce qui suit: " [...] 5. Discussion Le terme anglais « whiplash », qui correspond au « coup de fouet » ou « coup du lapin », est utilisé pour indiquer à la fois le mécanisme de l'accident, la lésion elle-même,

les différentes manifestations cliniques conséquentes à une telle lésion, ainsi qu'une constellation de signes et de symptômes désignés comme « whiplash syndrome » ou « syndrome cervical traumatique ». La « Quebec Task Force » (QTF), en 1995, a proposé une définition unique de « whiplash » comme un « mécanisme de transfert d'énergie à la colonne cervicale par accélération – décélération, et ceci après un impact dans un véhicule par l'arrière ou frontal ou latéral ». « Whiplash-Associated Disorders » (WAD) est le terme utilisé pour définir l'entité clinique associée à un tel accident, et il différencie aussi le mécanisme de la lésion. Le WAD a été classifié sur plusieurs axes: un axe clinique, un axe anatomique et un axe temporel. La classification selon l'axe clinique et anatomique comprend les grades 0 jusqu'à IV. Le grade 0 correspond au cas asymptomatique et sans signes physiques. Au grade IV correspondent des lésions osseuses et de la moelle épinière. Les controverses se situent donc dans les grades I à III. Le WAD désigne une véritable entité pathologique associée à une morbidité significative. La difficulté d'interprétation réside dans le fait que cette désignation est basée sur des plaintes subjectives, et non pas sur des mesures objectives reproductibles. L'imagerie est, de plus, le plus souvent non spécifique. Il peut donc s'avérer difficile de distinguer un véritable WAD d'une recherche de bénéfice secondaire. Dans le cas de Monsieur A. \_\_\_\_\_, la dynamique exacte de l'accident n'est pas claire et l'on n'a pas à disposition une analyse technique de l'accident pour pouvoir déduire les forces en jeu sur la colonne cervicale lors de l'accident. Il n'y a toutefois pas d'évidence indiscutable que la sévérité de l'impact soit un facteur de risque dans le développement du WAD: même s'il s'agit d'un facteur potentiellement important, à l'heure actuelle il n'y a pas moyen de l'évaluer de façon standardisée. [...] Dans le cas de M. A. \_\_\_\_\_: - Il y a eu un choc latéral du véhicule dans sa partie antérieure; - la vitesse du véhicule a été estimée entre 40 et 50 km/h; - l'assuré n'a pas présenté de douleurs dans l'immédiat, ni de type cervicalgies ni des maux de tête, mais ceux-ci se sont développés dans les heures suivantes. [...] Les éléments à notre disposition nous permettant de suspecter la survenance d'un « whiplash injury » chez M. A. \_\_\_\_\_ (mécanisme d'accélération-décélération) sont donc les dégâts dans la partie antérieure et latérale de la voiture (comme signes indirects d'un choc latéral du véhicule) et la vitesse estimée entre 40 et 60 km/h. De plus, M. A. \_\_\_\_\_ ne souffrait anamnestiquement d'aucune cervicalgie antérieure à l'accident. [...], afin de pouvoir poser le diagnostic de WAD, il faut considérer autant le mécanisme de l'accident que la symptomatologie décrite par les patients. Les patients avec WAD chronique ainsi que des sujets avec douleurs cervicales et myalgie présentent une mobilité réduite de la colonne cervicale, comme c'est le cas pour M. A. \_\_\_\_\_. [...] Des anomalies structurelles ont été proposées et associées aux symptômes et plaintes des patients souffrant de WAD, comme par exemple des lésions des ligaments alaires, des articulations zygoapophysaires, en particulier C2-C3 et C5-C6 et aussi de la capsule de ces articulations. Cependant, il n'y a pas d'évidence que l'IRM puisse détecter de manière appropriée des lésions spécifiques liées au traumatisme en l'absence de fracture, luxation ou d'une rupture ligamentaire importante. La fréquence de signes dégénératifs à l'IRM est très élevée même chez des sujets asymptomatiques et augmente avec l'âge, mais il n'y a pas d'évidence que ces signes soient fortement corrélés avec des cervicalgies. Il en va de même en ce qui concerne la radiographie standard. L'imagerie à l'heure actuelle n'est donc d'aucune aide dans l'établissement du diagnostic de « whiplash syndrome ». Les symptômes rapportés par l'assuré, comme décrits dans les différents certificats et lettres permettent de suspecter le diagnostic de WAD grade II: suite à l'accident, une symptomatologie cervicale était présente tout comme des points douloureux

et une diminution de la mobilité. Par contre, la faiblesse musculaire et le déficit de sensibilité rapportés subjectivement ne sont présents que dans des territoires non spécifiques et avec un examen EMG n'objectivant pas de lésion radiculaire. Le diagnostic de hernie discale C5-C6 droite est mentionné dans plusieurs rapports médicaux. Cependant, l'expertise radiologique fait par le Dr J. \_\_\_\_\_ le 13 juin 2003, sur demande du Dr E. \_\_\_\_\_, a infirmé ce diagnostic. Après notre propre analyse des différents clichés radiologiques, nous rejoignons l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_ et infirmons le diagnostic de hernie cervicale. Il existait effectivement une uncarthrose, ce qui est différent d'une hernie. Il est, nous pensons, important de le préciser afin que l'on ne soit pas tenté de poser un diagnostic de hernie cervicale post-traumatique. Une relation de cause à effet peut-elle être établie entre l'événement et les symptômes du patient compatibles avec un WAD grade II? Selon les actes, l'anamnèse et la catamnèse il n'y a pas eu d'autre traumatisme de la colonne cervicale mise à part l'accident du 29 mai 2001 et comme déjà mentionné l'assuré ne souffrait pas de tels symptômes auparavant. Malgré la préexistence d'éléments dégénératifs de la colonne cervicale chez M. A. \_\_\_\_\_, il semble d'après la littérature médicale qu'il n'y ait pas de corrélation démontrée avec le risque de développer un WAD suite à un traumatisme en accélération-décélération. [...] Une relation de cause à effet entre un traumatisme en décélération et un WAD de type II peut être fortement suspectée dans les conditions suivantes: - L'objectivation, par une analyse de la collision, d'une accélération-décélération ( $\Delta V$ ), pour le véhicule qui est heurté, d'au moins 17 km/h dans le cas d'une collision par l'arrière (ce qui signifie une vitesse de collision de 26 km/h en admettant des véhicules ayant la même masse). Pour une collision frontale ou latérale, le changement de vitesse ( $\Delta V$ ) doit être d'au moins 34 km/h; - le début d'une symptomatologie douloureuse au niveau de la colonne cervicale et/ou de maux de tête dans un délai de 48 heures après l'accident; - le pic d'intensité des symptômes se situe dans un délai de 48 heures après l'accident, avec par la suite une amélioration continue ( « steady improvement » ); - l'absence de symptômes similaires dans l'anamnèse du patient avant l'accident en cause; - les signes de non-organicité lors de l'examen clinique (signes de Waddell) ou les inconsistances doivent être minimales, autrement il est difficile de pouvoir attribuer de façon raisonnable la persistance des symptômes à des lésions chroniques. La décélération lors de l'accident nous est inconnue et n'étant pas experts en biomécanique, nous estimons que nous n'avons pas les compétences pour nous prononcer à ce propos. Cependant, il nous faut rappeler que certaines études évoquent que le développement d'un WAD peut être possible déjà avec un  $\Delta V$  de 7 à 8 km/h. D'autre part il n'y a pas d'évidence que la sévérité de l'impact soit corrélée avec la sévérité des symptômes d'un WAD (un trauma à basse énergie peut résulter en des symptômes de faible ou inversement de grande intensité). La symptomatologie chez M. A. \_\_\_\_\_ est effectivement apparue dans un délai qui respecte les 48 heures post accident et l'assuré ne souffrait pas de telles douleurs auparavant. Les symptômes ont eu une certaine amélioration par la suite, et l'assuré a pu reprendre son travail, même si seulement à 50%. Lors de notre examen clinique, nous n'avons pas retrouvé qu'un seul signe de non-organicité (douleur cervicale en rotation du tronc). Il est vrai que l'on est aussi en présence de réactions exagérées et d'une sensibilité diffuse exagérée à la pression, mais ceci est finalement une caractéristique du WAD chronique. Pour finir, nous n'avons pas remarqué d'inconsistance lors des deux entretiens avec Monsieur A. \_\_\_\_\_. Si l'on exclut le changement de vitesse qui reste inconnu, la probabilité que l'assuré souffre d'un WAD lié à l'événement du 29.5.2001 est donc certaine selon les éléments à disposition. 6. Diagnostics - Whiplash Associated

Disorder grade II - Cervico-brachialgie chronique non métamérique du membre supérieur droit (fait partie du tableau clinique du WAD) - Dégénérescence discale C5-C6, uncarthrose modérée C5-C6 à droite (lésions préexistantes à l'accident) - Dégénérescence L4-L5 et L5-S1, préexistante à l'accident. 7. Remarques et réponses aux questionnaires [des parties]

L'assuré présente un « Whiplash Associated Disorder (WAD) » chronique de grade II. Ce syndrome est en relation avec l'accident du 29 mai 2001. L'assuré ne présentait pas de symptômes avant l'accident du 29 mai 2001 lors duquel il a subi un mécanisme d'accélération-décélération, suite auquel il a développé dans l'espace de quelques heures la symptomatologie décrite. Par la suite, à la connaissance de l'expert, il n'y a pas eu d'autres traumatismes de la zone cervicale. La relation de cause à effet de la symptomatologie actuelle, que l'on peut qualifier de chronique, avec l'accident du 29 mai 2001 est donc certaine. Il est exact que l'on assiste à une absence d'amélioration, malgré divers traitements et prises en charge effectués par l'Ensemble hospitalier de [...] (Dr H. \_\_\_\_\_). S'agissant du point de savoir si l'intéressé ressent des douleurs permanentes, l'expert judiciaire répond que la douleur est un symptôme, donc subjectif par définition; le patient dit avoir mal de façon permanente et l'expert ne peut que le croire. Il n'y a pas de questionnaire ou de méthode validés qui permettent de déterminer l'importance des douleurs de manière objective. Subjectivement, l'expertisé ressent des douleurs qui se situent, sur une échelle visuelle analogique, entre 7 et 10/10 au niveau cervical et entre 5 et 10/10 au niveau du bras droit, 10/10 représentant la douleur la plus forte qu'il connaisse. L'expert ne dispose pas d'éléments qui permettraient de penser que l'assuré ne dit pas la vérité et exagère ses troubles ou les simule. Les plaintes actuelles et les troubles cliniques constatés sont, de façon certaine, liés à l'accident de circulation du 29 mai 2001. Les plaintes actuelles et les troubles constatés ne sont pas la conséquence d'un état préexistant, de maladie, de faits antérieurs ou intercurrents. Radiologiquement, on peut parler d'un status quo ante avec une uncarthrose droite et une discopathie C5-C6 présentes avant l'événement du 29 mai 2001. Cependant, le patient est toujours symptomatique avec des douleurs et des troubles associés persistants. Cliniquement, le patient n'a pas retrouvé de status quo ante et il est impossible à l'expert de se prononcer, sur la base de la littérature actuelle, sur le pronostic futur. L'incapacité de travail est due à l'événement du 29 mai 2001 et n'est pas liée à d'autres atteintes à la santé. Il subsiste une invalidité des suites de l'accident. L'assuré présente une cervico-brachialgie droite chronique mal systématisée, symptomatologie qui ne s'est pas améliorée dans les dernières années malgré plusieurs traitements, dont des infiltrations locales. Celles-ci n'arrivent à soulager la douleur que partiellement et temporairement, le patient doit recourir à l'utilisation itérative d'un TENS (appareil de neurostimulation électrique transcutanée) lors de l'exacerbation de la douleur, associé à un traitement antalgique. Vu l'absence d'hernie discale dans les différents bilans radiologiques, les infiltrations radiculaires ne paraissent pas d'utilité. A noter que d'après l'entretien téléphonique du 1<sup>er</sup> juin 2007 avec le Dr H. \_\_\_\_\_, des infiltrations au niveau de l'articulation facettaire de C4-C5 mais aussi des infiltrations de type épidual/cervical ont déjà été essayées avec un résultat antalgique moyen et seulement temporaire. " e) Les deux parties ont déposé des déterminations sur l'expertise, le 13 novembre 2008 s'agissant de l'intimée et le 14 novembre 2008 pour ce qui est du recourant. Dans ses déterminations du 14 novembre 2008, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas de remarque à formuler et qu'il ne souhaitait pas la tenue d'une audience de jugement. Les questions complémentaires suggérées par l'intimée ont été adressées aux [...]. Par courrier du 10 février 2009, l'expert judiciaire y a apporté les réponses suivantes: " a) Enumérer et décrire les limitations

fonctionnelles présentées par l'assuré dans une éventuelle activité professionnelle, ainsi que dans sa vie quotidienne Il est malheureusement difficile de répondre avec précision à cette question dans la mesure où nous avons vu monsieur A. \_\_\_\_\_ à l'occasion de l'expertise et seulement pendant quelques heures. Afin de répondre de la manière la plus objective possible, il conviendrait en réalité d'observer monsieur A. \_\_\_\_\_ dans ses activités quotidiennes. Pour ce qui est de l'activité professionnelle éventuelle avec les limitations fonctionnelles dont il souffre, il conviendrait que ceci soit évalué par un organisme compétent comme par exemple la clinique romande de réadaptation de la SUVA à Sion. Les symptômes sont persistants et permanents comme nous l'avons précisé sous le point 7.2.19. de notre expertise. Malgré plusieurs tentatives de traitements différents, les symptômes douloureux ne sont que partiellement et temporairement soulagés. Nous ne pouvons que supposer que, fonctionnellement, le patient est certainement limité de manière importante dans ses activités quotidiennes et éventuellement professionnelles. b) L'assuré est-il invalidé à 100% pour toutes les activités professionnelles? Là aussi, il nous est difficile de répondre. En tant que médecin, nous pouvons nous prononcer sur le diagnostic, les causes possibles et les éventuels traitements à disposition. Nous avons détaillé nos réponses à ce propos dans notre expertise. Nous pensons que le type d'activité et le taux d'incapacité doit être évalué par des mises en situation comme le fait la clinique romande de réadaptation. "

f) Se déterminant le 12 mars 2009 sur l'écriture des [...] du 10 février 2009, le recourant a relevé que les questions complémentaires posées ne faisaient que confirmer ce qui avait été déjà mis en lumière par le rapport d'expertise. Il a demandé au Tribunal de statuer à brève échéance. g) Dans le délai qui lui a été imparti pour se déterminer, la T. \_\_\_\_\_ a exposé par écriture du 15 mai 2009 que le recourant avait fait l'objet de deux procédures de surveillance, la première du 28 octobre au 15 novembre 2005 et la seconde du 9 septembre au 17 octobre 2008, auxquelles on pouvait ajouter un constat d'avril 2007 réalisé par l'inspecteur privé à l'occasion de l'exécution d'un autre mandat. A l'examen des deux rapports établis respectivement le 18 novembre 2005 et le 24 octobre 2008 par W. \_\_\_\_\_ (surtout avec leurs annexes vidéo), force serait de constater que l'état physique et la mobilité du recourant n'ont rien à voir avec ses attitudes et ses déclarations lorsqu'il s'est présenté devant les médecins ou les assureurs. La T. \_\_\_\_\_ affirme ainsi que "de manière générale, durant les trois périodes susmentionnées, on n'a jamais vu Monsieur A. \_\_\_\_\_ porter une minerve ni se comporter à un quelconque moment comme une personne souffrante et/ou handicapée dans ses mouvements. Bien au contraire, il fait preuve d'une grande mobilité de la tête se retournant par exemple sans difficulté pour faire marche arrière (3 novembre 2005 – 14h00, VIS04; 17 octobre 2008 – 12h56, vidéo n°44). Il fait même preuve d'une agilité hors du commun lorsque par exemple il grimpe sur un quai de chargement de 1 mètre de haut (17 octobre 2008 – 10h18, vidéo n°29) et en redescend en sautant tout en tenant de volumineux cartons (17 octobre 2008 – 10h27, vidéo n°30) qu'il charge et décharge dans sa voiture et porte naturellement de la main droite (17 octobre 2008 – 10h32 in fine, vidéo n°31). Il fait preuve également d'une grande souplesse lorsqu'il jardine au moyen d'une bêche et travaille accroupi pendant de longs moments à l'aménagement de ses platebandes (17 octobre 2008 – 12h43, vidéo n°41, 42 et 43). Il convient de noter qu'à de nombreuses reprises, Monsieur A. \_\_\_\_\_ ne fait aucune difficulté à porter avec sa main droite des sacs pesant manifestement plus de cinq kilos." Selon la T. \_\_\_\_\_, les constatations résultant de ces documents invalideraient naturellement les conclusions de l'expertise judiciaire dans laquelle l'expert relevait que "[l]e patient dit avoir mal de façon permanente, nous ne pouvons que le croire". Dès lors

que l'on est en présence d'une expertise malheureusement inutilisable, il serait nécessaire de pratiquer une nouvelle expertise confiée à un nouvel expert. En effet, il semblerait délicat de demander au Dr B. \_\_\_\_\_ (qui a réalisé l'expertise sous la supervision du Dr U. \_\_\_\_\_) de conserver toute son objectivité et sa pondération d'expert alors qu'il a été manifestement berné par le recourant; le risque serait que le Dr B. \_\_\_\_\_ entre dans un processus d'autojustification ou, pire encore, que son jugement soit infecté par du ressentiment à l'encontre de l'expertisé pour avoir été en quelque sorte ridiculisé. h) Dans ses déterminations du 8 juillet 2009 sur ces éléments nouveaux, le recourant, par son conseil, s'est insurgé contre les conclusions que l'intimée a cru pouvoir tirer des rapports de surveillance qu'elle a produits. Il a soutenu qu'il est facile, voire simpliste d'affirmer que le recourant se retourne sans difficulté lorsqu'il conduit. Il serait tout aussi excessif de prétendre qu'il ferait preuve d'une agilité hors du commun, et trompeur d'affirmer qu'il jardinerait. Quant à l'affirmation qu'il porterait des sacs pesant manifestement plus de 5 kg, elle serait tout aussi infondée. Afin d'expliquer les quelques scènes qui ont été filmées, le recourant a précisé ce qui suit: " a) Le mercredi 15 octobre 2008, une ambulance est venue chercher le fils de M. A. \_\_\_\_\_, qui se trouvait dans le coma. Cette situation tout à fait particulière peut expliquer que mon client ait tourné la tête et qu'il ait même levé le bras. Il n'y a vraiment rien d'extraordinaire à un tel comportement. b) Le vendredi 17 octobre 2008, M. A. \_\_\_\_\_ a effectivement mis un pied sur le coffre arrière de sa voiture pour arriver ensuite sur un quai de chargement. Il a ainsi utilisé son coffre comme une marche et s'est donc retrouvé sur un quai de 83 cm. De hauteur. N'importe quelle personne valide de son âge serait directement montée sur le quai sans prendre appui sur le coffre. Les cartons qu'il portait étaient plus encombrants que lourds; au surplus, le détective a lui-même remarqué que M. A. \_\_\_\_\_ grimaçait lors de cette activité. Ce détail tend à démontrer que transporter quelques cartons sur une très brève distance consistait en un travail douloureux. c) Lorsque M. A. \_\_\_\_\_ est soupçonné de se livrer à du jardinage au moyen d'une bêche, il convient de préciser que mon client a effectué une légère réparation consistant à remettre une petite barrière en plastique à sa place. Pour ce faire, il a effectivement utilisé une bêche afin de creuser un interstice dans lequel il a pu glisser la petite barrière en plastique. Cette opération peut être faite en trois minutes par n'importe quelle personne, même peu manuelle; il est vrai que M. A. \_\_\_\_\_ a passé plus de temps pour effectuer ce travail anodin. Cependant, contrairement à ce que soutient le détective dans son rapport, les travaux n'ont pas duré environ 15 minutes, puisqu'il est arrivé à 12h.43 et qu'à 12h.56 (cf. rapport du 24 octobre 2008, page 10) M. A. \_\_\_\_\_ arrivait déjà à la poste sise à l'avenue du 14 Avril, soit à plusieurs centaines de mètres de la maison de sa fille sise [...]. Les indications quant au temps de "travail" de M. A. \_\_\_\_\_ sont donc manifestement erronées. [...] Les diverses photos comme les vidéos ne contiennent aucune révélation fracassante. M. A. \_\_\_\_\_ n'a jamais été surpris en train d'effectuer une activité lucrative ou sportive. Il ne s'est livré, lors des quatorze jours durant lesquels il a été épié, qu'à des activités bien banales. Au demeurant, il convient de souligner que M. A. \_\_\_\_\_, ainsi que le certificat médical du 4 avril 2009 l'atteste (cf. pièce annexée), subit fréquemment des injections de cortisone afin d'être soulagé. Les faits que La T. \_\_\_\_\_ croit dénoncer le 3 novembre et les jours suivants se sont déroulés le jour même et le lendemain d'une injection de cortisone. De telles injections soulagent en effet mon client durant quelques semaines. D'ailleurs, lorsque le détective relève, en date du jeudi 3 novembre 2005, que M. A. \_\_\_\_\_ roule jusqu'à [...], endroit où il entre dans un quartier résidentiel, il s'agissait en réalité de l'hôpital! La pièce annexée le démontre aussi. Quant aux faits rapportés au début

octobre 2008, ils se sont déroulés, dans ce cas également, peu après une nouvelle injection de cortisone. Sur ce point, je me réfère également au certificat médical annexé. " Le certificat médical en question, établi le 4 avril 2009, a attesté que le recourant est venu faire un traitement à la consultation d'antalgie de l'Hôpital de [...] plusieurs fois par année (entre quatre et neuf fois par années) depuis l'année 2002; en 2005, il a ainsi subi un traitement les 25 janvier, 15 mars, 11 août, 25 septembre, 3 novembre et 15 décembre, en 2007, un traitement a été prodigué les

#### **E. 15**

février, 17 avril, 25 mai, 1<sup>er</sup> juin et 21 septembre, et, en 2008, les 13 février, 23 avril, 17 juin, 2 octobre et 18 décembre. Le recourant a exposé en outre que compte tenu de la virulence des éléments contenus dans la lettre du 15 mai 2009 de l'intimée, son conseil s'est adressé en ces termes, le 19 juin 2009, au Dr H. \_\_\_\_\_: " Dans le cadre d'une procédure qui oppose M. A. \_\_\_\_\_ à une compagnie d'assurances, mon client est décrit comme un simulateur, puisqu'il est capable de conduire une voiture, de s'accroupir, de porter quelques sacs en papier, voire des cartons vides. Afin de me permettre d'élucider ces quelques points, je vous saurais gré d'établir un bref rapport indiquant ce que mon client est effectivement capable de faire. Vous voudrez bien également examiner si vos constatations, comme les activités auxquelles M. A. \_\_\_\_\_ peut se livrer, sont compatibles avec le rapport d'expertise rendu le 14 juillet 2008 dont vous devez sans doute avoir connaissance. Je vous remercie de me faire part de vos considérations et de m'indiquer toutes les précisions qui vous paraîtraient utiles ." Par lettre du 29 juin 2009, le Dr H. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit: " Votre demande du 19 courant a retenu toute mon attention et je vous prie de trouver ci-joint les considérations que je suis en mesure d'apporter. D'un point de vue médical, les activités ponctuelles répertoriées dans votre lettre au sujet de votre client ne permettent pas d'affirmer ou d'infirmer un diagnostic qui repose sur l'anamnèse, l'examen clinique et lorsque indiqués les examens para cliniques. Dans un contexte de douleurs chroniques, ce type d'évaluation n'a d'utilité que pour établir la capacité fonctionnelle et/ou l'autonomie d'un patient présentant ce type d'affection ainsi que mesurer l'effet des traitements antalgiques ou de rééducation sur l'évolution des comportements observés. La plupart de ces tests d'activité reposent sur l'autoévaluation, plutôt que sur l'observation d'une tierce personne. Comme évoqué dans mes précédents courriers, votre client présente un syndrome douloureux chronique sévère. Si les douleurs sont permanentes par contre leur intensité peut sous l'effet de différents facteurs ou même sans raison précise, fluctuer de façon périodique voire journalière. Dans les mauvaises périodes notamment en cas de crise douloureuse, votre client va passer une bonne partie de son temps allongé en utilisant le TENS et limitera ses activités au strict minimum. Par contre dans les périodes plus favorables, M. A. \_\_\_\_\_ sera capable d'effectuer les activités énumérées dans votre lettre pour autant qu'elles soient d'une durée limitée et n'imposent pas d'effort physique important ou soutenu. Le rapport d'expertise rendu le 14 juillet 2008 est un document extrêmement complet, précis et détaillé, fait avec une extrême conscience professionnelle et une très grande objectivité. Je ne peux donc qu'être d'accord avec les conclusions dudit rapport qui par ailleurs ne remet aucunement en cause la crédibilité de votre client. Pour ma part, je ne vois pas de contradiction entre ce rapport et les faits reprochés à M. A. \_\_\_\_\_. " Au vu de ce qui précède, le recourant s'est opposé fermement à la nouvelle expertise sollicitée. Il a requis la tenue d'une audience et l'audition à celle-ci du Dr B. \_\_\_\_\_ et du Dr H. \_\_\_\_\_. i) Le 18 août 2009, le recourant a adressé au Tribunal une déclaration par laquelle il a délié le Dr B. \_\_\_\_\_ et le Dr H. \_\_\_\_\_ de leur secret médical. Il a produit en outre une copie du

rapport d'expertise établi le 30 juillet 2009 par le [...], Département de psychiatrie, Centre d'expertises (Dresse S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie), dans un dossier l'opposant à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI). Cet expert y a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques, et de syndrome douloureux somatoforme persistant. L'expert a précisé que les troubles fonctionnels présentés par l'expertisé sont majeurs; dans la mesure où la symptomatologie psychiatrique est apparue des suites de l'accident du 29 mai 2001 et du développement des douleurs, l'expert a conclu à un rapport de causalité entre l'accident et le développement des troubles psychiatriques actuels; selon l'expert, l'assuré présente une incapacité totale de travail, dans toute activité, depuis le 19 juin 2002. j) Le 5 octobre 2009, l'intimée a requis l'assignation et l'audition à l'audience de jugement de K. \_\_\_\_\_ (en précisant qu'il s'agit du détective ayant réalisé les différentes surveillances et rédigé les rapports versés au dossier) et du Dr E. \_\_\_\_\_ (en précisant qu'il s'agit de l'expert ayant réalisé un rapport d'expertise du 23 juin 2003 qui se trouve au dossier et qui a établi au surplus un rapport daté du 26 septembre 2009). Elle a produit en outre une expertise biomécanique réalisée le 19 octobre 2006 par AA. \_\_\_\_\_ au sujet de l'accident du 29 mai 2001 (en relevant que l'expert en arrive à la conclusion que, avec une delta-V maximale de 10 km/h, on se situe nettement en dessous de la valeur limite [20 km/h en cas de choc frontal] où un tel choc peut être nuisible) ainsi qu'un rapport établi par le Dr E. \_\_\_\_\_ le 26 septembre 2009; elle a relevé que ce rapport a été établi sur la base du dossier – que le Dr E. \_\_\_\_\_ connaissait en grande partie – et, en particulier, de l'expertise du [...], du rapport et des vidéos de surveillance ainsi que de l'analyse biomécanique de l'accident, et qu'il a abouti à la conclusion claire que "si vraiment Monsieur A. \_\_\_\_\_ est atteint des problèmes de santé que l'on connaît et des douleurs qu'il prétend ressentir, il ne serait pas capable de se comporter de la manière dont il le fait sur l'ensemble des vidéos prises lors des surveillances". Le 8 octobre 2009, le recourant a requis l'audition de la Dresse S. \_\_\_\_\_, auteur du rapport d'expertise du 30 juillet 2009 et a demandé que le Dr H. \_\_\_\_\_ puisse lui aussi visionner les photos et vidéos de surveillance avant d'être entendu. k) Le 7 octobre 2009, le juge instructeur a informé les parties qu'il n'apparaissait plus guère envisageable d'interroger le Dr B. \_\_\_\_\_ à l'audience de jugement sans qu'il n'ait pris connaissance préalablement des rapports, photos et vidéos de surveillance ainsi que du rapport d'évaluation biomécanique du 19 octobre 2006, voire du rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 26 septembre 2009. Il a donc informé les parties qu'il se proposait, à ce stade, de soumettre ces documents à l'expert en vue de l'établissement d'un rapport d'expertise complémentaire répondant aux questionnaires que les parties étaient invitées à déposer, et qu'il envisageait de soumettre ces documents également au Dr H. \_\_\_\_\_ en lui demandant de répondre par écrit aux questions des parties. Se déterminant le 16 octobre 2009, l'intimée a indiqué n'être pas opposée à ce que l'expert B. \_\_\_\_\_ soit investi d'une mission d'expertise complémentaire, mais s'est dite plus réticente en ce qui concerne le Dr H. \_\_\_\_\_, qui n'est que le médecin traitant du recourant et ne saurait être transformé en expert. Elle a demandé par ailleurs que soit versé en cause le dossier AI du recourant. Se déterminant le 22 octobre 2009, le recourant a déclaré adhérer à la proposition consistant à soumettre les documents à l'expert B. \_\_\_\_\_ et à transmettre ces documents également Dr H. \_\_\_\_\_ en lui demandant de répondre par écrit aux questions des parties. Le 26 octobre 2009, le juge instructeur a confirmé aux parties qu'un rapport d'expertise complémentaire serait demandé au Dr B. \_\_\_\_\_, auquel seraient soumis, afin qu'il puisse se prononcer en toute connaissance de cause, les rapports,

photos et vidéos de surveillance réalisées par W. \_\_\_\_\_, le rapport d'évaluation biomécanique du 19 octobre 2006 ainsi que le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 26 septembre 2009. Il a invité les parties à lui adresser leurs questionnaires à l'intention du Dr B. \_\_\_\_\_, ainsi que les questions qu'elles entendaient poser par écrit au Dr H. \_\_\_\_\_, en précisant quels documents devraient être soumis à ce praticien à cet effet. Enfin, pour répondre à l'interrogation du conseil de l'intimée, le juge instructeur a confirmé qu'après que le rapport d'expertise complémentaire du Dr B. \_\_\_\_\_ aurait pu être déposé et que le Dr H. \_\_\_\_\_ aurait pu être interrogé par écrit, la question de l'audience de jugement et de l'audition des témoins serait reposée aux parties. Le

#### **E. 16**

novembre 2009, le recourant a produit deux questionnaires à l'attention des Drs B. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, en relevant qu'il lui apparaissait nécessaire que ces deux médecins puissent avoir accès à l'ensemble des documents établis par le détective privé (rapports et DVD). Le

#### **E. 19**

novembre 2009, les parties ont été informées que le dossier AI avait été produit et qu'il était à leur disposition pour consultation. Le 8 décembre 2009, l'intimée a produit deux questionnaires destinés respectivement au Dr H. \_\_\_\_\_ et à l'expert B. \_\_\_\_\_. Elle a relevé, s'agissant du Dr H. \_\_\_\_\_, que le dernier rapport de ce praticien adressé au conseil du recourant démontrait qu'il avait eu accès aux rapports de surveillance ainsi qu'aux vidéos, et que, n'étant pas un expert, on ne voyait pas pour quelles raisons d'autres éléments du dossier lui seraient communiqués. S'agissant de l'expert B. \_\_\_\_\_, l'intimée a insisté pour que son onglet de pièces sous bordereau du 15 mai 2009, ainsi que la lettre de trois pages qui l'accompagnait, soit bel et bien transmis à l'expert. Le 16 décembre 2009, le juge instructeur a envoyé les questionnaires à l'expert et au Dr H. \_\_\_\_\_, avec des annexes. 1) Le 11 janvier 2010, le Dr H. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions des parties: " Questions de Maître Olivier Burnier [recte: Burnet]: [1.- Depuis combien de temps suivez-vous M. A. \_\_\_\_\_?] 1. Je connais Monsieur A. \_\_\_\_\_ depuis le 3 juillet 2002 date à laquelle il m'a été adressé par son médecin traitant, le Dr M. \_\_\_\_\_, pour prise en charge antalgique de cervico-brachialgies chroniques et réfractaires apparues après un accident de la circulation survenu le matin du 29 mai 2001. [2.- Confirmez-vous que M. A. \_\_\_\_\_ présente un syndrome douloureux chronique sévère?] 2. Sur la base de l'histoire, de la présence de douleurs permanentes aggravées par le stress, l'anxiété ou l'effort physique, de l'échec ou l'absence d'amélioration durable des divers traitements et prises en charge dans les premiers mois qui ont suivi l'apparition des symptômes, de l'installation de difficultés physiques et psychoaffectives croissantes tant sur le plan professionnel que social et finalement de l'impact émotionnel et comportemental qui en a résulté, je confirme que Monsieur A. \_\_\_\_\_ présente un syndrome douloureux chronique sévère. [3.- Est-il exact que si les douleurs sont permanentes, leur intensité peut fluctuer de façon périodique voire journalière?] 3. En effet si les douleurs sont permanentes, par contre leur intensité peut sous l'effet de différents facteurs, qu'ils soient exogènes ou endogènes, ou même sans raison précise fluctuer de façon périodique voire journalière. [4.- Est-il exact que les injections que vous pratiquez régulièrement sont de nature à soulager votre patient?] 4. Effectivement les infiltrations répétitives pratiquées chez Monsieur A. \_\_\_\_\_ ont pour seul et unique objectif de le soulager. [5.- Est-il exact qu'à la suite d'injections, M. A. \_\_\_\_\_ peut se livrer à quelques efforts physiques très limités tant dans le temps que dans l'intensité?] 5. Suite aux infiltrations, Monsieur A. \_\_\_\_\_ rapporte une diminution

notable bien qu'incomplète des douleurs pendant 3 semaines environ pendant lesquelles il juge sa qualité de vie plus supportable et peut se livrer à un certain nombre d'activités pour autant qu'elles soient d'une durée limitée et n'imposent pas d'effort physique important ou soutenu. [6.- Adhèrent-vous au rapport d'expertise du 14 juillet 2008 établi par les hôpitaux [...] de [...] (Drs B.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_)?] 6. Effectivement j'adhère au rapport d'expertise du 14 juillet 2008 établi par les Hôpitaux [...] de [...] (Drs B.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_); de mon point de vue, il s'agit d'un document complet précis et détaillé fait avec une extrême conscience professionnelle et une très grande objectivité. Je suis donc d'accord avec les conclusions de ce rapport. [7.- Disposez-vous d'indices vous permettant de penser que M. A.\_\_\_\_\_ ne dirait pas la vérité ou qu'il exagérerait ses troubles ou les simulerait?] 7. Les propos, le comportement et la réaction de Monsieur A.\_\_\_\_\_ à certains stimuli ne diffèrent pas de ceux habituellement rencontrés chez les patients souffrant d'un problème similaire de douleurs chroniques post-traumatiques et je n'ai donc aucune raison de penser qu'il ne dise pas la vérité ou soit un simulateur. [8.- Savez-vous si M. A.\_\_\_\_\_ est parfois contraint de demeurer allongé durant un certain temps étant donné l'intensité des douleurs ressenties?] 8. Dans les mauvaises périodes notamment en cas de crises douloureuses, Monsieur A.\_\_\_\_\_ dit passer une partie de son temps allongé et limiter ses activités au strict minimum. [9.- Savez-vous également s'il doit parfois utiliser le TENS pour alléger ses douleurs; veuillez expliquer le principe du fonctionnement de cet appareil?] Monsieur A.\_\_\_\_\_ dispose d'un TENS depuis juillet 2002, dispositif qu'il utilise régulièrement pour le soulager de ses douleurs et notamment en cas de recrudescence de ces dernières. Le TENS est basé sur la théorie du portillon de Wall et Melzack selon laquelle le système nerveux central va en cas d'augmentation des affections sensitives en provenant d'une région, moduler voire inhiber les informations notamment douloureuses de cette région. [10.- La connaissance du rapport du détective privé et sa vidéo modifie-t-elle votre appréciation de la situation?] 10. D'un point de vue médical, les activités rapportées par le détective privé et montrées dans les vidéos ne permettent pas d'affirmer ni d'infirmer un diagnostic qui repose sur l'anamnèse et l'examen clinique. De ce fait, le rapport et la vidéo du détective privé ne sont pas de nature à modifier mon appréciation de la situation. [11.- Souhaitez-vous spontanément émettre une remarque complémentaire?] 11. Hormis la variation de l'intensité des douleurs et les épisodes de dépressions aiguës, les plaintes, le comportement et l'examen clinique de Monsieur A.\_\_\_\_\_ sont restés invariablement similaires de juillet 2002 à novembre 2009, date de la dernière consultation dans le centre d'Antalgie de l' [...]. Question de Maître Eric Stauffacher: [1.- Quelles sont les dates auxquelles vous avez pratiqué des infiltrations à Monsieur A.\_\_\_\_\_, avec l'indication à chaque fois du type et de la dose d'antalgique administrée?] Les dates des infiltrations effectuées chez Monsieur A.\_\_\_\_\_ ainsi que le dosage des médicaments administrés sont: Le 6.09.02: Bupivacaïne 0.5% 10 mg et Depo-Medrol 40 mg; 5.11.02: Bupivacaïne 0.125% 5 mg et Depo-Medrol 80 mg; 28.01.03: Bupivacaïne 0.5% 10 mg et Depo-Medrol 40 mg; 22.05.03: Bupivacaïne 0.5% 10 mg et Depo-Medrol 40 mg; 26.08.03 Bupivacarne 0.5% et Depo-Medrol 40 mg; 20.11.03: Bupivacaïne 0.5% 10 mg et Depo-Medrol 40 mg; 19.02.04: Bupivacaïne 0.5% 10 mg et Depo-Medrol 40 mg; 20.04.04: Bupivacaïne et Depo-Medrol 40 mg; 24.06.04 Bupivacaïne 0.5% 15 mg et Depo-Medrol 80 mg; 26.09.04: Bupivacaïne 0.5% 20 mg et Depo-Medrol 80 mg; 25.01.05: Bupivacaïne 0.5% 10 mg et Depo-Medrol 40 mg; 15.03.05 Bupivacaïne 0.5% 10 mg et Depo-Medrol 40 mg; 28.05.05: Bupivacaïne 0.5% 10 mg et Depo-Medrol 40 mg; 11.08.05: Bupivacaïne 0.5% 15 mg et Depo-Medrol 60 mg; 3.11.05: Bupivacaïne 0.5% 10 mg et Depo-Medrol 40 mg; 06.01.06

Bupivacaïne 0.125% 5 mg et Depo-Medrol 80 mg; 16.02.06: Bupivacaïne 0.5% + adrénaline 10 mg; 13.03.06: Bupivacaïne 0.5% + adrénaline 15 mg; 22.03.06: Bupivacaïne 0.5% + adrénaline 10 mg et Depo-Medrol 40 mg; 7.09.06: Bupivacaïne 0.5% 15 mg et Depo-Medrol 80 mg; 30.11.06: Bupivacaïne 0.5% 10 mg et Depo-Medrol 40 mg; 15.02.07: Bupivacaïne 0.5% 10 mg et Depo-Medrol 40 mg; 17.04.07: Bupivacaïne 0.5% 10 mg et Depo-Medrol 40 mg; 25.05.07: Bupivacaïne 0.25% 50 mg; 1.06.07: Bupivacaïne 0.125% 5 mg et Clonidine 30 tg; 13.02.08: Bupivacaïne 0.5% 5 mg et Depo-Medrol 20 mg; 23.04.08 Bupivacaïne 0.25% 2,5 mg et Depo-Medrol 40 mg; 17.06.08: Bupivacaïne 0.25% 5 mg et Depo-Medrol 40 mg; 02.10.08: Bupivacaïne 0.25% 5 mg et Depo-Medrol 40 mg; 18.12.08: Bupivacaïne 2.5% 7,5 mg et Depo-Medrol 60 mg; 26.02.09 Bupivacaïne 0.25% 7,5 mg et Depo-Medrol 60 mg; 12.05.09: Bupivacaïne 0.25% 5 mg et Depo-Medrol 60 mg; 01.09.09: Bupivacaïne 0.25% 10 mg et Depo-Medrol 80 mg; 19.11.09: Bupivacaïne 0.25% 7,5 mg et Depo-Medrol 60 mg. " m) Le 20 avril 2010, le Dr B. \_\_\_\_\_ a déposé son rapport d'expertise complémentaire, dans lequel il a résumé les nouveaux actes étudiés, notamment l'évaluation biomécanique du 19 octobre 2006 (pp.2-3), les dossiers vidéos et photographiques, rapports de surveillance et procès-verbaux d'entretien (pp. 3-6), le rapport d'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ du 26 septembre 2009 (pp. 6-8) et le courrier du Dr H. \_\_\_\_\_ du 29 juin 2009 (p. 8). Ce rapport contenait ensuite une discussion et les réponses aux questions posées par les parties, dont il ressort ce qui suit: " Discussion Dans le cas de Monsieur A. \_\_\_\_\_ nous avons déjà posé le diagnostic de WAD grade II en relation avec l'accident de voiture du 29 mai 2001. Dans l'expertise biomécanique rendue par les Prof. BB. \_\_\_\_\_ et Dr CC. \_\_\_\_\_, on est rendu attentif au fait que, en ce qui concerne les « troubles non insignifiants du rachis cervical dus à une collision frontale, avec ceintures de sécurité attachées, la limite d'innocuité est atteinte, dans un cas normal, quand, lors du choc, le véhicule en décélération subit un delta-v de 20-30 km/h ». En dehors du « cas normal, le seuil d'innocuité est établi éventuellement en dessous des 20 km/h ». Selon les experts l'événement dont a souffert l'expertisé, est considéré comme « s'éloignant du cas normal en raison de l'hernie discale » (unarthrose selon notre interprétation). D'après la conclusion des experts, M. A. \_\_\_\_\_ n'était soit pas ceinturé, ce qui en association avec les troubles dégénératifs préexistants de la colonne cervicale pourrait expliquer les troubles somatiques, soit il était effectivement ceinturé, mais dans ce cas, les symptômes ne peuvent pas s'expliquer par le mécanisme accidentel. D'après nos recherches déjà mentionnées dans notre expertise originale, certaines études évoquent que le seuil d'innocuité amenant au développement d'un WAD peut déjà être atteint avec un delta V de 7 à 6 km/h. La grande majorité de la littérature que nous avons revue dans le cadre de cette expertise originale, concluait également qu'il n'y a pas d'évidence que la sévérité de l'impact soit corrélée avec la sévérité des symptômes d'un WAD (un trauma à basse énergie peut résulter en des symptômes de faible ou inversement de grande intensité). Ainsi, à ce jour nous maintenons les conclusions de notre expertise de 2008 si l'on se réfère uniquement à la littérature scientifique disponible et l'anamnèse, nous permettant de conclure à la présence d'un doute suffisant. En ce qui concerne les différentes vidéos qui nous ont été soumises, nous y avons vu M. A. \_\_\_\_\_ (quand reconnaissable) soigneusement habillé, toujours sans minerve, marchant normalement, qui s'accroupit, qui monte et descend d'un quai aisément, qui conduit (au moins dans les vidéos où on [le] reconnaît au volant), qui tourne la tête sans problèmes à gauche et à droite, même en reculant sa voiture, qui utilise son membre supérieur droit sans problèmes, en portant des sacs de commission, en portant plusieurs cartons pliés et liés (mais en grimaçant). Ces surveillances se sont déroulées sur plusieurs

jours en 2005 (avant notre expertise) et en 2008 (après notre expertise). Ce qui n'est pas visible dans ces vidéos, comme cela a aussi été certifié par le Dr H. \_\_\_\_\_ du centre de traitement de la douleur à [...], est que M. A. \_\_\_\_\_ a reçu des traitements réguliers à but antalgique depuis 2002 à raison d'au minimum 4 fois par année, entre autre le 3 novembre 2005 et le 2 octobre 2008. Ce que les vidéos ne peuvent pas montrer non plus, est l'état psychologique du patient, élément unanimement reconnu dans la littérature spécialisée actuelle comme étant un puissant modulateur des symptômes douloureux. Les surveillances en 2005 ont eu lieu le 28 octobre ainsi que le 1, le 3, le 5 et le 15 novembre, en 2008 le 09 et le 11 septembre ainsi que le 01, le 03, le 08, le 10, le 13, le 15 et le 17 octobre, donc à chaque fois il y a eu un traitement d'infiltration contre la douleur pendant la période d'observation, ceci en plus de son traitement antalgique habituel. Il a aussi toujours déclaré, malgré les douleurs au membre supérieur droit, pouvoir porter des charges de maximum 5 kg, sur de courtes distances. Dans la plupart des vidéos où on le voit porter des sacs de commission, il est impossible à distance d'en qualifier le poids. Il y a certainement des activités pouvant paraître surprenantes, comme lorsqu'il sort de l'immeuble avec plusieurs sacs dans les mains, qu'il dépose dans la voiture à proximité et un sac poubelle qu'il jette aussi à proximité et que dans l'après-midi du même jour il se rend chez une dame, en voiture, où il bêche la platebande et y arrange une barrière basse. Ce que l'on ne sait pas, et que les vidéos de surveillance ne montrent pas non plus, ce sont les conséquences sur les symptômes douloureux une fois le patient rentré à domicile en fin de journée, ou le lendemain des efforts fournis. On est forcé de reconnaître une discrédance apparente entre les efforts filmés lors des surveillances et les plaintes formulées lors des très nombreux entretiens thérapeutiques et d'expertises auprès des divers membres du corps médical. Discrédance pouvant être expliquée par les divers traitements antalgiques de fond, mais aussi ponctuels, et d'autre part par des facteurs intrinsèques non mesurables sur des vidéos, comme l'état psychologique du patient. Comme le spécifiait le Dr H. \_\_\_\_\_ « Dans les périodes plus favorables, il sera capable d'effectuer les activités énumérées dans la lettre [lui ayant été adressée par Maître Burnet] pour autant qu'elles soient d'une durée limitée et n'imposent pas d'effort physique important ou soutenu ». Le fait que M. A. \_\_\_\_\_ se soit présenté avec de fortes douleurs lors du premier entretien pour notre expertise en 2007 malgré l'infiltration reçue le même jour auprès du Dr H. \_\_\_\_\_ peut s'expliquer par plusieurs facteurs, dont simplement un échec de traitement. En conclusion, il est pour nous difficile de revoir nos conclusions sur l'état de M. A. \_\_\_\_\_ uniquement sur la base de ces nouveaux éléments, notamment de vidéo surveillance. Concernant le lien de causalité des symptômes avec l'accident du 29 mai 2001, les éléments suivants sont maintenant certains: - L'expertise analytique de l'accident démontre un choc frontal avec une composante latérale gauche pour le conducteur et n'exclut pas un choc latéral de la tête contre la vitre si ceinturé ou même contre le pare brise si non ceinturé. - Le delta V pour l'occupant était de 10 km/h au maximum. Les éléments suivants restent controversés, notamment dans la littérature scientifique récente: - Accident s'éloignant de la normale? - Le seuil nuisible du delta V dans le cas particulier (20 km/h voire moins?) - Inconsistances apparentes dans les vidéos par rapport aux entretiens avec les experts d'assurance en 2005 et 2008 et à l'entretien pour notre expertise en 2007. Pour les raisons évoquées ci-dessus, il persiste selon nous un doute suffisant que les vidéos [de] surveillance ne permettent pas de lever. Le lien de causalité entre les symptômes décrits par le patient et l'accident du 29.05.2001 reste certain selon les éléments à disposition, entre autres parce que l'expertise biomécanique ne permet pas de trancher, ou encore parce que les symptômes décrits

n'étaient pas présents avant l'accident. Les enregistrements vidéo concernant une période limitée de la vie du patient, ils ne permettent pas de conclure à une simulation. Leur impartialité pourrait-elle également être mise en doute? 3. Questionnaire daté du 16 novembre 2009, par le conseil du recourant, l'avocat Olivier Burnet 3.1 Confirmez-vous les conclusions de votre rapport de juillet 2008? Oui, les surveillances vidéo ne tiennent pas compte de variables importantes pouvant altérer les symptômes de M. A.\_\_\_\_\_. 3.2 Pouvez-vous en particulier confirmer que M. A.\_\_\_\_\_ présente un syndrome douloureux chronique de la région cervico-scapulo-brachiale droite à la suite d'un traumatisme cervical ou élévation ? Anamnestiquement et selon notre expertise, M. A.\_\_\_\_\_ souffre d'un WAD type II selon la définition de la Quebec Task Force. 3.3 Pouvez-vous confirmer que ce syndrome douloureux est en relation avec l'accident du 29 mai 2001? Oui. 3.4 Pouvez-vous confirmer que le patient se plaint de douleurs permanentes dont l'intensité peut fluctuer? Anamnestiquement, oui. 3.5 Pouvez-vous confirmer que tout effort physique aggrave ses douleurs? Si la question est de savoir si les vidéos de surveillance permettent de répondre à cette question, notre réponse est qu'il s'agit d'observations ponctuelles limitées à certains moments de la journée et ne montrant pas les éventuelles conséquences des efforts fournis. Le doute bénéficie au patient lorsqu'il affirme que tout effort physique aggrave ses douleurs, même à distance dans le temps. 3.6 Est-il exact que les infiltrations pratiquées par le Dr. H.\_\_\_\_\_ sont susceptibles de limiter temporairement la douleur et de permettre à M. A.\_\_\_\_\_ de pratiquer quelques efforts physiques très limités tant dans l'intensité que dans la durée? Certainement oui. 3.7 Est-il exact que l'on assiste à une absence d'amélioration malgré les divers traitements et prises en charge effectués par l'ensemble hospitalier de la [...] ? Le traitement a certainement des effets bénéfiques de courte durée, mais globalement il n'améliore pas les symptômes de M. A.\_\_\_\_\_ sur le long terme (cf. appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_). 3.8 Est-il exact que la situation vécue par M. A.\_\_\_\_\_ a généré des difficultés physiques et psychoaffectives croissantes tant sur le plan professionnel que social? Nous vous renvoyons à l'expertise psychiatrique mentionnée par le Dr E.\_\_\_\_\_, du 30 juillet 2009. 3.9 Disposez-vous d'indices vous permettant de penser que M. A.\_\_\_\_\_ ne dirait pas la vérité ou qu'il exagérerait ses troubles ou les simulerait? Nous ne sommes pas compétents pour dire s'il dit la vérité ou non. L'exagération des troubles douloureux et la simulation au sens d'une simulation inconsciente et involontaire fait partie des caractéristiques des patients souffrant de douleurs chroniques. Un expert psychiatre est mieux à même de se prononcer sur ce point. 3.10 Est-il exact que les pièces et la vidéo du détective ne changent en rien votre appréciation globale de la situation? Sur la base de ce qui nous est montré sur ces vidéos, nous ne changeons pas notre appréciation globale. 4. Questionnaire daté du 8 décembre 2009, par Maître Eric Stauffacher 4.1 Dans votre rapport d'expertise, vous regrettiez de ne pas être en possession d'une analyse technique de l'accident subi par Monsieur A.\_\_\_\_\_. L'expertise biomécanique réalisée le 19 octobre 2006 comble-t-elle cette lacune? L'expertise ne comble pas cette lacune dans la mesure où même les experts biomécaniques n'apportent pas de conclusions affirmatives, ne sachant pas si M. A.\_\_\_\_\_ était ceinturé ou non. Leur expertise ne permet donc pas de trancher. 4.2 Si vous aviez été en possession de cette expertise, en quoi cela aurait-il modifié vos conclusions? Cf. réponse à la question 4.1 4.3 Pour un WAD grade II, vous expliquez dans votre expertise qu'il fallait en principe un delta V minimum de 34 km/h. Qu'en est-il lorsque cette Delta V n'est, comme en l'espèce plus que de 8 km/h? Les éléments à disposition et la littérature mentionnant un seuil d'innocuité pouvant être inférieur à 10 km/h, permettent un doute suffisant. Le patient

souffre d'un WAD grade II, car l'élément biomécanique n'est pas le seul argument diagnostique. 4.4 Prenez connaissance des deux procès-verbaux d'entretien de Monsieur A. \_\_\_\_\_ auprès de la T. \_\_\_\_\_ du 28 novembre 2005 et du 15 décembre 2008. Comparez-les avec vos propres constatations du 25 mai 2007 résultant de vos notes ainsi que des pages 18 à 21 de votre rapport d'expertise. Entre ces trois descriptions (faits en 2005, 2007 et 2008), voyez-vous des différences significatives dans le comportement de Monsieur A. \_\_\_\_\_ (port d'une minerve, affichage de douleurs à la nuque très importantes qui l'obligent à changer de position en cours d'examen etc.), dans la description de sa situation, de ses douleurs (passées et actuelles) et de ses problèmes de mobilité, de la nuque notamment (impossibilité par exemple de tourner la tête en arrière lorsqu'il recule avec son véhicule)? Non. Nous avons déjà répondu à la question de la valeur des documents vidéo. [...] 4.8 Après avoir pris connaissance du rapport d'expertise établi par le Dr E. \_\_\_\_\_ le 26 septembre 2009, que pensez-vous de son avis selon lequel: «si vraiment Monsieur A. \_\_\_\_\_ est atteint des problèmes de santé que l'on connaît et des douleurs qu'il prétend ressentir, il ne serait pas capable de se comporter de la manière dont il le fait sur l'ensemble des vidéos prises lors des surveillances ». Nous ne rejoignons pas son avis. 4.9 A la lumière de ces nouveaux éléments (expertise biomécanique, procès-verbaux d'entretien, rapports de surveillances, vidéos) n'est-ce pas l'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_ du 21 juillet 2003, qui évoquait expressément la simulation qui était dans le vrai? Il s'agit d'une expertise psychiatrique sur laquelle nous ne pouvons pas émettre de critique. Selon le Dr N. \_\_\_\_\_, M. A. \_\_\_\_\_ « répondait à trois des quatre critères de la simulation (au sens d'exagération de l'impact fonctionnel des symptômes psychiatriques et sans nier leur existence) ». L'expert n'a pas pu attester de troubles psychiques majeurs au moment de l'entrevue. Relevons toutefois qu'il ne considère pas une éventuelle simulation comme étant forcément volontaire (« l'assuré présente des motifs conscients ou non à vouloir infléchir son status clinique pour faire penser à l'existence d'une incapacité fonctionnelle de travail »). Il ne peut donc pas être conclu que le patient ment. De plus, les nouveaux éléments qu'on nous présente ne permettent pas selon nous de trancher. 4.10 Quel est l'élément, objectif et indiscutable, qui emporte la conviction qu'on est pas en absence de simulation? La question concerne nos collègues spécialistes psychiatriques. 4.11 Quel est l'élément, objectif et indiscutable, qui emporte la conviction que Monsieur A. \_\_\_\_\_ subit réellement une incapacité de travail en relation directe avec l'accident du 29 mai 2001? La douleur est un symptôme non mesurable. Aucun instrument objectif et indiscutable ne permet de répondre à cette question. 4.12 Avez-vous d'autres choses à dire que vous n'auriez pas pu formuler dans vos réponses ci-dessus? Nous pensons qu'il existe un doute suffisant pour dire qu'il existe une relation de causalité certaine entre les symptômes dont se plaint M. A. \_\_\_\_\_ et l'accident du 21 [recte: 29] mai 2001, notamment parce que ces symptômes étaient inexistantes avant ledit accident, et que les experts biomécaniques n'apportent pas de preuve objective indiscutable permettant de trancher. Les vidéos de surveillance produites par La T. \_\_\_\_\_ posent un vrai problème: on peut y voir M. A. \_\_\_\_\_ effectuer des tâches qui en apparence semblent discréditer la véracité de ses plaintes douloureuses. Cependant, quelle valeur peut-on donner à des images qui concernent des périodes réduites de la vie de M. A. \_\_\_\_\_? Reflètent-elles véritablement la réalité de sa vie quotidienne? Dans quelles conditions précises ont été obtenues ces images? Que penser de ces documents sachant qu'ils ont été obtenus sur mandat et contre rémunération avec certainement des indications très précises sur les points d'intérêt à rechercher? Nous ne sommes certainement pas aussi catégoriques que le Dr E. \_\_\_\_\_ dans son affirmation que ces images vidéo sont des

signes cliniques de grande valeur. Nous suggérons que la valeur de ces images soit réévaluée à la lumière des explications du patient les concernant. Lui ont-elles été soumises pour lui donner la possibilité de présenter d'éventuels arguments? " n) Invité à se déterminer tant sur ce rapport d'expertise complémentaire que sur les réponses écrites du 11 janvier 2010 du Dr H. \_\_\_\_\_, le recourant a relevé notamment que le Dr H. \_\_\_\_\_ a clairement affirmé ne disposer d'aucun élément permettant de penser que le recourant ne dirait pas la vérité ou qu'il serait un simulateur, et a exprimé clairement l'avis que les activités rapportées par le détective privé et montrées dans les vidéos ne permettaient pas d'affirmer ni d'infirmer un diagnostic qui reposait sur l'anamnèse et l'examen clinique; en d'autres termes, tous les éléments rapportés par le détective privé ne sont pas de nature à exercer la moindre influence sur les conclusions médicales de ce praticien. Quant au rapport d'expertise complémentaire du 20 avril 2010, le recourant a relevé que les Drs B. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ se sont livrés à un important travail pour rédiger leur expertise, qu'ils ont examiné et analysé précisément les vidéos et procès-verbaux d'entretiens et qu'il ont confirmé les conclusions de leur rapport du 14 juillet 2008; pour le surplus, les experts, en réponse aux diverses questions posées par le conseil de l'intimée, n'ont pas fourni de réponse allant dans le sens désiré par celui-ci et se sont clairement distancés de l'avis émis par le Dr E. \_\_\_\_\_. Le recourant a requis ainsi la fixation de l'audience de jugement et a renouvelé sa requête tendant à l'assignation et à l'audition des Drs B. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_. o) Egalement invitée à se déterminer tant sur le rapport d'expertise complémentaire que sur les réponses écrites du 11 janvier 2010 du Dr H. \_\_\_\_\_, l'intimée a exposé le 14 juillet 2010 que le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ ne méritait pas de commentaire particulier dès lors que, en sa qualité de médecin traitant, il démontrait un soutien et une loyauté sans faille à l'égard de son patient. S'agissant de l'expertise complémentaire réalisée par le Dr B. \_\_\_\_\_ le 20 avril 2010, l'intimée a estimé qu'elle ne faisait qu'illustrer les doutes et la perplexité de son auteur et qu'on y sentait une résistance importante de la part de l'expert à réviser ses conclusions à la lumière du rapport de surveillance et des vidéos produites, ainsi que de l'expertise biomécanique. Estimant que face aux réticences de l'expert à réexaminer ses propres conclusions à la lumière des nouveaux éléments versés au dossier, il était extrêmement douteux qu'un nouveau complément d'expertise puisse apporter quoi que ce soit d'intéressant, l'intimée a suggéré de convoquer à l'audience de jugement les experts, soit le Dr B. \_\_\_\_\_ et le Dr E. \_\_\_\_\_, de même que M. K. \_\_\_\_\_, soit l'inspecteur privé qui a exécuté les trois missions de surveillance. p) Le 16 juillet 2010, le juge instructeur a rejeté les réquisitions respectives des parties tendant à l'audition en audience de jugement de l'expert B. \_\_\_\_\_, du Dr H. \_\_\_\_\_, du Dr E. \_\_\_\_\_ et de K. \_\_\_\_\_ et a informé les parties qu'une audience de jugement serait prochainement fixée, lors de laquelle elles pourraient plaider. Le 27 juillet 2010, l'intimée a demandé au juge instructeur de réexaminer sa requête tendant à l'audition de l'expert B. \_\_\_\_\_ et du témoin K. \_\_\_\_\_. Le 16 août 2010, le juge instructeur a indiqué que tout en demeurant de l'avis qu'une audition à l'audience de jugement de l'expert B. \_\_\_\_\_, tout comme du détective privé K. \_\_\_\_\_ comme témoin, ne paraissait pas susceptible d'apporter d'éléments nouveaux, il assignerait ces deux personnes à l'audience de jugement qui serait prochainement fixée dans la mesure où l'intimée paraissait considérer ces auditions comme indispensables à la sauvegarde de son droit d'être entendue. Le 8 septembre 2010, ensuite de nouvelles écritures des parties des 19, 20 et 23 août 2010 qui demandaient encore respectivement l'audition du Dr H. \_\_\_\_\_ et du Dr E. \_\_\_\_\_, le juge instructeur a confirmé qu'afin de ne pas alourdir le

déroulement de l'audience, seuls seraient assignés à l'audience de jugement le Dr B. \_\_\_\_\_, en sa qualité d'expert, ainsi que le détective privé K. \_\_\_\_\_, comme témoin. q) A l'occasion de l'audience de jugement qui s'est tenue en date du 10 février 2011, en présence de l'expert B. \_\_\_\_\_ assistant à son audition, le témoin K. \_\_\_\_\_ a déclaré ce qui suit, en réponse aux questions qui lui ont été posées à cette occasion par la cour de céans: " Je suis inspecteur privé depuis fin 2005 (inscrit au RC [Registre du Commerce] depuis mars 2006). Le mandat confié par la T. \_\_\_\_\_ Assurances consistait en l'une de mes premières enquêtes. Mécanicien de précision de formation, j'ai été employé par une entreprise de construction et d'exploitation de [...] employant cent quarante personnes. Alors j'y étais responsable de la sécurité interne de l'entreprise. La surveillance de M. A. \_\_\_\_\_ en 2005 était l'un de mes premiers mandats. Le gros de mon travail consiste en des surveillances du genre de celle que j'ai effectuée dans la présente affaire pour des assureurs privés, sociaux, caisses maladies. Depuis cinq ans j'ai ainsi effectué environ deux cent mandats. Dans le cas présent l'assureur m'avait donné mandat de surveiller l'emploi du temps quotidien et la mobilité de la personne surveillée. Mon rapport de surveillance rend compte de l'entier de mes observations j'y joints l'ensemble des images que j'ai prises ne coupant que les parties sur lesquelles l'assuré est absent afin de faciliter le visionnement. Le 5 avril 2007 alors que j'effectuais une surveillance sur une autre personne pour le compte d'un autre assureur, j'ai incidemment aperçu M. A. \_\_\_\_\_ à Renens et j'ai effectué deux prises de vue que la T. \_\_\_\_\_ m'a demandé de verser au dossier (cf. vidéos n°46 et 47 selon rapport du 24 octobre 2008). A cette occasion j'ai eu l'impression que l'allure de M. A. \_\_\_\_\_ (marche, mobilité de la tête) était semblable à celle que j'ai eu l'occasion de constater en 2005. Chaque fois que j'ai pu l'observer (en 2005, 2007 et 2008), il avait la même allure. Lors de la surveillance de 2008 bien que M. A. \_\_\_\_\_ ait fait d'avantage de choses qu'en 2005 et 2007, je n'ai pas constaté de différences entre le début et la fin de mes observations. Je n'ai jamais vu M. A. \_\_\_\_\_ travailler (sous réserve de petits travaux sur une barrière) ou faire du sport. Je n'ai pu faire des vidéos que les fois où M. A. \_\_\_\_\_ est sorti de son domicile. Les 9 et 11 septembre 2008, M. A. \_\_\_\_\_ était visiblement absent de sorte que ma surveillance a pu porter effectivement en tout sur douze jours. J'ai vu M. A. \_\_\_\_\_ mettre en place une petite barrière de jardin qui m'est présentée par Me Burnet. Je précise que ma surveillance portait essentiellement sur la mobilité déployée par M. A. \_\_\_\_\_ à cette occasion. " Lors de cette même audience de jugement, l'expert B. \_\_\_\_\_ a répondu comme il suit aux questions qui lui étaient posées: " - En réponse avec le point 4.12 de mon complément d'expertise du 20 avril 2010 et des interrogations que j'y soulevais j'ai été rassuré sur l'honnêteté du travail réalisé par l'inspecteur privé (M. K. \_\_\_\_\_) dont j'ai pu suivre la déposition car il a été entendu en ma présence il y a un instant. - En relation avec ma réponse sous le point 4.4 de mon complément d'expertise du 20 avril 2010 je confirme que je ne constatais pas de différence entre les trois descriptions mais je concède que la deuxième partie de ma réponse était sans relation avec la question posée. - En relation avec les points 4.12 et 4.9 de mon complément d'expertise du 20 avril 2010 je confirme qu'il existe une discrédance entre ce que j'ai pu constater lors de mes entretiens avec M. A. \_\_\_\_\_ soit pendant quelques heures en tout et les images filmées par le détective privé où l'on voit M. A. \_\_\_\_\_ faire des choses qui peuvent paraître inenvisageables a priori. Cela étant je ne suis pas psychiatre et il ne m'est pas possible de me prononcer sur une éventuelle simulation. Il est important de relever que les images ne disent rien sur l'état psychique et émotionnel de M. A. \_\_\_\_\_ qui peuvent moduler les douleurs. On ne sait rien non plus sur l'état de M. A. \_\_\_\_\_ dans les heures

ou les jours qui suivent les activités filmées. La douleur n'est pas objectivement mesurable et je suis forcé de croire M. A. \_\_\_\_\_ sur ce point. De manière générale il existe en psychiatrie une gradation dans l'expression des symptômes qui parfois peut être inconsciente. Même la simulation peut être consciente ou inconsciente. L'expertise de M. A. \_\_\_\_\_ a nécessité de ma part un travail très fouillé. - En relation avec le point 7.1.1 de mon rapport d'expertise du 14 juillet 2008 je confirme ma réponse. - En relation avec le point 7.2.5 de mon rapport d'expertise du 14 juillet 2008 je confirme également ma réponse. - De manière générale je confirme les conclusions de mon rapport d'expertise et de son complément. Je confirme que les douleurs de M. A. \_\_\_\_\_ peuvent fluctuer sans raisons précises, même de manière journalière. Des infiltrations telles que celles dont a bénéficié M. A. \_\_\_\_\_ sont susceptibles d'améliorer la situation algique sur un plan général mais je ne peux pas le confirmer sur le plan particulier. Je n'ai pas fait d'observations cliniques qui me permettent de conclure à une simulation. Il n'existe pas pour la colonne cervicale d'outils comparables aux signes de Waddell pour la colonne lombaire. Je précise que les signes de Waddell ne sont pas la preuve d'une simulation. Pour parler de simulation il faut une appréciation par un psychiatre. Comme indiqué dans mon complément d'expertise, les éléments apportés par le détective privé ne modifient pas mon appréciation. " E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le délai légal de trois mois (art. 106 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006) dès la notification de la décision sur opposition attaquée, le recours est par ailleurs recevable en la forme. b) La loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 (voir 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). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 francs. 2. a) 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si la T. \_\_\_\_\_ est légitimée à mettre fin à ses prestations au 31 décembre 2003 pour le motif que les troubles présentés par le recourant ne sont plus en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 29 mai 2001, voire que ces troubles seraient purement et simplement simulés. 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 (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1), applicable en l'espèce (cf. art. 1 al. 1 LAA), 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. b) Selon la jurisprudence,

le droit à des prestations découlant d'un accident assuré (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, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 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; RAMA 1999 n° U 341 pp. 408 ss, 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 8 C\_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 2.2). c) Selon la jurisprudence, en matière de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.); encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 in fine, 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b). Dans un arrêt récent (ATF 134 V 109), le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon cet arrêt, il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie, sous la forme d'une expertise, lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronification des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4). Sous consid. 9.5 de l'arrêt précité, le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3; Meyer-Blaser, in: Schaffhauser/Schlauri [édit.], Rechtsfragen der medizinischen

Begutachtung in der Sozialversicherung, St-Gall 1997, p. 9 ss.; Rüedi, in: Riemer-Kafka [edit.], Medizinische Gutachten, Zurich 2005, p. 69 ss.), mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes afin de savoir si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont – au degré de la vraisemblance prépondérante – au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme crânio-cérébral (au sujet du degré de la vraisemblance prépondérante généralement applicable en matière d'assurances sociales, cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1, 129 V 177 consid. 3.1 et 126 V 353 consid. 5b et les références). En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type "coup du lapin", l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements au sujet du point de savoir si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident. d) Il convient enfin de rappeler qu'en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). e) En l'espèce, l'expertise judiciaire conduite par le Dr B. \_\_\_\_\_ sous la supervision du Dr U. \_\_\_\_\_ satisfait pleinement aux exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral quant à la valeur probante des expertises et rapports médicaux en général et des expertises en matière de traumatisme de type "coup du lapin" ou de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore de traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable (cf. consid. 3c supra). La question de l'existence d'un traumatisme de ce type et la relation

de causalité naturelle existant entre ce traumatisme et l'accident du 29 mai 2001 a fait l'objet d'une étude circonstanciée, fondée sur la littérature médicale la plus récente et sur des examens complets, prenant en compte l'ensemble des rapports médicaux et des éléments anamnestiques et catamnestiques à disposition, de même que les plaintes exprimées par le recourant. Elle expose de manière convaincante en quoi les éléments à disposition permettent de tenir pour certaine la probabilité que le recourant souffre d'un "whiplash associated disorder" chronique de grade II causé par l'événement du 29 mai 2001. Elle exclut que la symptomatologie actuelle puisse avoir d'autres causes que cet événement. Cette expertise judiciaire a été confiée à des médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatisme, disposant d'une documentation aussi complète que possible du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. L'expertise développe de manière convaincante les raisons pour lesquelles les plaintes de l'expertisé sont crédibles et, en pleine connaissance de cause des rapports médicaux antérieurs, en particulier de l'expertise psychiatrique du Dr N. \_\_\_\_\_, indique ne disposer d'aucun élément qui pourrait permettre de penser que le recourant ne dit pas la vérité et exagère ses troubles ou les simule, ce qui rejoint les constatations des Drs M. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_. f) Dans son rapport d'expertise complémentaire du 20 avril 2010, l'expert judiciaire a pris en compte l'ensemble des nouveaux actes versés au dossier, notamment l'évaluation biomécanique du 19 octobre 2006, les dossiers vidéos et photographiques, rapports de surveillance et procès-verbaux d'entretien, le rapport d'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ du 26 septembre 2009 et le courrier du Dr H. \_\_\_\_\_ du 29 juin 2009. Il a exposé de manière circonstanciée et dûment motivée les raisons pour lesquelles il maintenait que le lien de causalité naturelle entre les symptômes décrits par le recourant et l'accident du 29 mai 2001 restait certain selon les éléments à disposition et que ces éléments ne permettaient pas de conclure à une simulation. g) Il convient enfin de préciser que l'expertise judiciaire n'exclut pas que les troubles présentés par l'assuré puissent s'expliquer déjà par des atteintes de type somatique latentes ou d'une atteinte psychique, voire d'un mélange des deux entraînées par l'événement du 29 mai 2001, indépendamment de toute comorbidité psychiatrique ou l'existence d'autres critères pertinents au sens de la jurisprudence relative au caractère invalidant des troubles douloureux somatoformes persistants (ATF 130 V 352 consid. 3). Le Tribunal fédéral a récemment posé que cette jurisprudence devait également être appliquée par analogie pour juger si une atteinte particulière de la colonne cervicale (traumatisme de type "coup du lapin"), présentant un rapport de causalité adéquate avec un accident mais pas de déficit fonctionnel organique objectivable, était invalidante au sens de l'assurance-invalidité (ATF 136 V 279), ce qui ne constitue en revanche pas une condition du droit aux prestations de l'assurance-accidents. h) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que les cervico-brachialgies droites chroniques et réfractaires dont le recourant continue de souffrir à ce jour sont en relation de causalité naturelle avec l'accident du 29 mai 2001. 4. a) Il convient, à ce stade, d'examiner l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles présentés à ce jour par le recourant et l'accident du 29 mai 2001. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en effet, 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). b) 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 et 125 V 456 consid.

5a et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4, 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; SVR 2007 UV n°8 p. 27, consid. 2 ss., TFA U 277/2004 et les références). c) A l'ATF 134 V 109 déjà cité, le Tribunal fédéral a également précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité adéquate entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (ATF 134 V 109 consid. 10.1). Les accidents doivent être classés entre trois catégories, en fonction de leur déroulement: - Les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale ou lorsque l'assuré s'est légèrement heurté la tête ou s'est fait marcher sur le pied), dans lesquels la causalité adéquate doit en principe être d'emblée niée. - Les accidents graves, dans lesquels la causalité adéquate doit en règle générale être considérée comme établie. - Les accidents de gravité moyenne, qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des deux catégories décrites ci-dessus. Afin de procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 403 consid. 5). Ainsi, lorsque l'existence d'un traumatisme de type "coup du lapin" ou d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale est établi, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate (cf. TF 8C\_39/2010 du 7 septembre 2010, consid. 5). Les critères à prendre en compte dans le cadre de cet examen sont désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.3): - Les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible; - l'intensité des douleurs; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; - l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant,

notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa; TF 8C\_788/2008 du 4 mai 2009, consid. 2). d) En l'espèce, le recourant soutient que l'accident du 29 mai 2001 doit à tout le moins être qualifié de gravité moyenne et que le lien de causalité est manifestement établi au regard des critères pertinents, tandis que l'intimée soutient que l'accident ne saurait en aucun cas être qualifié de gravité moyenne. aa) La condition du caractère particulièrement impressionnant doit être examinée objectivement et non sur la base du sentiment subjectif ou de la peur ressentie par l'assuré (RKUV 1999 n°U 335 p.207, consid. 3b/cc; TF 8C\_57/2008 du 16 mai 2008, consid. 9.1 et U 56/2007 du 25 janvier 2008, consid. 6.1). A lecture du rapport de gendarmerie du 31 mai 2001 ainsi qu'à la vue des photographies du véhicule accidenté, on conclut qu'il s'est agi d'un accident de la catégorie moyenne à la limite des accidents de peu de gravité. Circulant à une allure de 45-50 km/h, le recourant a eu le temps d'apercevoir le véhicule venant en sens inverse avant de dévier sur la droite puis de faire l'embarquée décrite et finalement de s'immobiliser sur la voie opposée. Ce constat est également étayé au travers des conclusions de l'expertise biomécanique du 19 octobre 2006 à teneur desquelles, la valeur delta-V d'espèce d'au maximum 10 km/h se situe nettement en deçà de la valeur limite où un tel choc peut être nuisible. Les photos du véhicule du recourant montrent un enfoncement de la partie inférieure latérale gauche consécutif au choc contre un mur de soutènement bordant le côté gauche de la route. A l'examen objectif sur la base des éléments précités, on ne discerne pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et on ne peut retenir le caractère particulièrement impressionnant de l'accident. bb) S'agissant du critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions, il importe en premier lieu de rappeler que le diagnostic de traumatisme du type "coup du lapin" ou de traumatisme analogue à la colonne cervicale ne permet pas à lui seul de conclure à la gravité ou à la nature particulière des lésions; celles-ci doivent bien plutôt excéder les plaintes habituelles à ce type de lésions ou présenter des caractéristiques supplémentaires (ATF 134 V 109 consid. 10.2.2). En l'espèce, l'expert judiciaire a diagnostiqué un "Whiplash Associated Disorder" (WAD) de grade II ainsi qu'une cervico-brachialgie chronique non métamérique du membre supérieur droit qui fait partie du tableau clinique du WAD; selon l'expert judiciaire la non-amélioration de cette cervico-brachialgie malgré divers traitements et prises en charge effectués par l'Ensemble hospitalier de la [...] (infiltrations locales depuis l'année 2002) a eu pour effet que pour soulager sa douleur lors de périodes d'exacerbation, le recourant a dû recourir à l'utilisation d'un TENS associé à un traitement antalgique. Cela étant, sur le plan objectif – soit indépendamment des douleurs alléguées –, on ne peut parler de gravité ou de nature particulière des lésions. cc) Selon les documents médicaux au dossier, les infiltrations pratiquées ainsi que les traitements médicamenteux mis en œuvre ont pour but de soulager les douleurs perçues par le recourant. On observe que l'ensemble de ces interventions médicales a un effet très relatif, les douleurs ne s'estompant qu'en partie et ce, pour une durée très limitée. On ne peut parler de l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible au sens où l'entend la jurisprudence. Le recourant n'a par ailleurs jamais formulé de remarques qui laisseraient supposer du contraire, ses plaintes se concentrant exclusivement sur la perception qu'il fait de ses douleurs. dd) Quant à l'intensité des douleurs, l'expert judiciaire a considéré que le recourant ne pouvait qu'être cru lorsqu'il

disait avoir mal de façon permanente. Il a précisé qu'il n'existait pas de questionnaire ou de méthode validés permettant de déterminer l'importance des douleurs de manière objective et que subjectivement, l'expertisé ressentait des douleurs qui se situaient, sur une échelle visuelle analogique, entre 7 et 10/10 au niveau cervical et entre 5 et 10/10 au niveau du bras droit, 10/10 représentant la douleur la plus forte qu'il connaisse. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 20 avril 2010 établi suite à la prise de connaissance des nouveaux actes alors au dossier (en particulier les vidéos et photographies de surveillance), l'expert judiciaire s'est dit forcé de reconnaître une discrédance apparente entre les efforts filmés lors de ces surveillances (effectuées en 2005, 2007 et 2008) et les plaintes formulées lors des très nombreux entretiens thérapeutiques ou expertises passés. Toutefois, de l'avis de l'expert, cette discrédance pouvait s'expliquer par plusieurs éléments tels les divers traitements antalgiques de fond et ceux ponctuels prodigués, mais également par des facteurs intrinsèques non mesurables sur les bandes vidéos, tels l'état psychologique du patient. Partant, tant dans son rapport complémentaire d'avril 2010 qu'à l'occasion de ses réponses du 10 février 2011, l'expert a précisé qu'il confirmait ses conclusions, à savoir qu'il ne disposait pas d'observations cliniques lui permettant de conclure à une simulation. Au final, quoique le passé médical du recourant ne soit pas connu avec précision (présence de fragments métalliques à la base du crâne d'origine inconnue), sur la base des éléments et constatations rapportées par l'expert judiciaire, on retient que les douleurs perçues subjectivement par le recourant présentent une certaine intensité. ee) A lecture de l'ensemble des pièces médicales au dossier, on ne trouve pas trace d'éventuelles erreurs dans les traitements médicaux mis en œuvre qui auraient entraîné une aggravation notable des séquelles de l'événement du 29 mai 2001. ff) Enfin, l'incapacité de travail du recourant subsiste à ce jour depuis qu'une tentative de reprise du travail à mi-temps entreprise à partir du 17 juin 2002 ait échoué le jour même, l'assuré étant rentré à la maison après quelques heures de travail, confronté à des douleurs invalidantes. A l'instar du Dr E. \_\_\_\_\_ (expert mandaté par l'intimée) dans son rapport d'expertise du 23 juin 2003, la cour de céans peine à s'expliquer le fait qu'ensuite de l'accident du 29 mai 2001, le recourant, qui a encore travaillé à 50% jusqu'à son admission à la CRR de Sion le 22 mai 2002 – soit pendant pratiquement une année – et sans qu'une péjoration de son état de santé ne ressorte du séjour à la CRR, se soit retrouvé après sa sortie du 12 juin 2002 en incapacité de travail totale. Cette situation médicale s'explique d'autant moins aisément qu'à l'issue de son séjour, la CRR de Sion a évalué la capacité de travail du recourant à 50% dans sa dernière activité professionnelle en limitant le port de charges à 10 kilos. Ce dernier constat est par ailleurs confirmé par le bilan radiologique réalisé par le Dr J. \_\_\_\_\_, radiologue spécialisé en chirurgie osseuse et du rachis, lequel a dressé un bilan osseux dans les limites de la norme, sous réserve d'une discopathie L4-L5 et L5-S1. Au final on note l'existence d'une discrédance entre l'incapacité totale de travail présentée et la capacité résiduelle à 50% telle que retenue par les médecins spécialisés en réadaptation professionnelle de la CRR. Par ailleurs, ainsi que l'expert judiciaire l'a rappelé sous le point 4.11 de son complément d'expertise du 20 avril 2010, la douleur ressentie est un symptôme non mesurable de sorte qu'il n'existe en l'état aucun instrument objectif et indiscutable à même d'emporter la conviction que le recourant subit réellement une incapacité de travail en lien direct avec l'accident du 29 mai 2001. Dans de telles circonstances, au degré de la vraisemblance prépondérante applicable s'agissant de l'appréciation des preuves à disposition (cf. consid. 3b supra), la cour de céans est d'avis que les observations du status outrepassent largement le socle somatique soit en d'autres termes, que les troubles fonctionnels présentés ne sont

pas de nature à justifier l'incapacité de travail totale observée. S'agissant du plan psychiatrique, les avis des spécialistes consultés ont mis en évidence de manière concordante un état dépressif récurrent non classifié (cf. le rapport médical du 26 juin 2002 de la CRR et le rapport d'expertise du 30 juillet 2009 établi par la Dresse S. \_\_\_\_\_ du Département de psychiatrie du [...]), alors qu'au terme de son rapport d'expertise du 21 juillet 2003, le Dr N. \_\_\_\_\_ se prononce quant à lui pour le diagnostic d'exagérations symptomatiques pour des motifs non médicaux (Z76.2), excluant toute atteinte à l'intégrité mentale du recourant. Considérant qu'à l'occasion de l'évaluation de la capacité de travail effectuée par les médecins spécialisés de la CRR (dont en particulier le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie) – à savoir un pourcentage de 50% dans l'activité de poissonnier sous limite du port de charges à 10 kilos –, il a déjà été tenu compte des facteurs psychiatriques mis en évidence, il n'y a par conséquent pas matière pour la cour à aboutir à la reconnaissance d'un degré d'incapacité de travail distinct de celui établi par les médecins de la CRR au terme de leur observation. Cela étant précisé, il convient d'admettre qu'il n'y a pas matière à considérer en l'espèce l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables fournis par le recourant. En définitive, seul le critère de l'intensité des douleurs pourrait être retenu dans le cas particulier. Or ce seul critère ne suffit pas pour admettre un lien de causalité adéquate entre les troubles présentés à ce jour par le recourant et l'accident de la circulation du 29 mai 2001. Le refus de prolonger les prestations au-delà du 31 décembre 2003, pour les suites d'un traumatisme de type "coup du lapin", n'est donc pas contraire au droit fédéral, vu les exigences de la jurisprudence. Les griefs du recourant s'avèrent par conséquent mal fondés. 5. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition rendue le 19 juillet 2004 par l'intimée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA, applicable par renvoi de l'art. 1 LAA). En outre, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'allouer de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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