

VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 36 vom 13. März 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-03-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__36

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 36 du 13 mars 2012

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 36 del 13 marzo 2012

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, AA, CAUSALITÉ NATURELLE, RECHUTE, HERNIE DISCALE, LATENCE | 6 al. 1 LAA, 11 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 13.03.2012 Arrêt / 2012 / 36

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, AA, CAUSALITÉ NATURELLE, RECHUTE, HERNIE DISCALE, LATENCE | 6 al. 1 LAA, 11 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 40/10- 21/2012 ZA10.013266 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 13 mars 2012

_____ Présidence de M. Jomini Juges : MM. Bidiville et Gutmann, assesseurs Greffière : Mme Berberat ***** Cause pendante entre : Q. _____, à Ecublens, recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne, et CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. _____ Art. 6 al. 1 LAA; 11 OLAA E n f a i t : A. a) Q. _____, né en 1974, travaille depuis le 1^{er} octobre 2005 en qualité d'exploitant d'une station-service pour le compte de sa société [...] Sàrl à [...]. Il est à ce titre assuré, selon la LAA, auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après la CNA). Par déclaration de sinistre LAA du 30 novembre 2007, le prénommé a indiqué que le 16 novembre 2007, il avait été victime d'un accident de la circulation. Son véhicule, qui était à l'arrêt afin de donner la priorité à un piéton sur un passage prévu à cet effet, avait été heurté à l'arrière par une autre voiture arrivant à 50-60 km/h. Le rapport de police a fait état de légères douleurs dans le bas du dos, l'intéressé se réservant le droit de consulter un praticien en cas de persistance des douleurs. En raison des douleurs ressenties "en bas du dos, dans la fesse droite, descendant un peu dans la jambe droite", (D.10), il a consulté le jour même son médecin traitant, le Dr Z. _____, spécialiste FMH en médecine interne. Ce praticien a rempli le 11 décembre 2007 la "fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cérébral" dont il ressort ce qui suit : selon l'assuré, l'intensité des douleurs à la nuque étaient de 2 sur une échelle allant de 0 (pas de douleur) à 10 (insupportable). A part les douleurs précitées, l'assuré n'a pas fait état d'autres troubles tels que des maux de tête, vertiges, troubles de l'ouïe, irradiations dans le bras (D.10), perte de connaissance ou trou de mémoire (D.7). Le Dr Z. _____ a signalé que les radiographies mettaient en évidence une rectitude et une ébauche de discopathie C5-C6, C6-C7, ainsi qu'une rectitude du segment lombaire; le reste sans particularité (D.7). Le Dr Z. _____ a posé le diagnostic d'entorse simple cervicale et lombaire et a prescrit une collerette, des médicaments et des séances de physiothérapie. Ce cas a été pris en charge par la CNA. Dans un rapport médical intermédiaire du 10 avril 2008, le Dr Z. _____ a mentionné que la dernière consultation

avait eu lieu le 9 janvier 2008, que l'évolution de l'état de santé de son patient était favorable. Il a précisé que quelques douleurs persistaient dans la région lombaire médiane sans irradiation des membres inférieurs, alors qu'au niveau cervical, il ne signalait aucune douleur, ajoutant qu'aucun dommage permanent n'était à craindre. Il a attesté une reprise du travail à 50 % dès le 10 décembre 2007 (D.4) et à 100 % dès le 7 janvier 2008 (D.15). b) Par déclaration de sinistre LAA du 3 mars 2009, l'assuré a indiqué qu'il avait été victime d'un autre accident de la circulation le 29 janvier 2009. Alors qu'il était à l'arrêt à un feu rouge, une voiture lui serait rentrée dedans. Il a repris son activité professionnelle à 100 % dès le 9 février 2009. L'intéressé a consulté un jour plus tard le Dr Z. _____, car il avait ressenti des douleurs à la nuque environ 2 à 3 heures après l'accident. Ce praticien a rempli le 13 mars 2009 la "fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crano-cérébral" en indiquant que selon l'assuré, l'intensité des douleurs à la nuque était de 3 à 4. A part les douleurs précitées, l'assuré n'a pas fait état d'autres troubles tels que des maux de tête, vertiges, nausées, vomissements, perte de connaissance ou trou de mémoire. Le Dr Z. _____ a dès lors attesté une incapacité de travail totale du 30 janvier au 8 février 2009 en raison d'une entorse de la colonne (certificat médical du 13 février 2009). La CNA a versé des indemnités journalières du 1^{er} au 8 février 2009. B. a) Par déclaration du 5 janvier 2010, Q. _____ a annoncé à la CNA une rechute de son accident du 16 novembre 2007, laquelle était survenue le 21 décembre 2009 (D.21). L'intéressé a indiqué qu'il avait interrompu son travail le 28 décembre 2009 et qu'il souffrait d'une "inflammation" de la colonne cervicale. Dans un rapport médical LAA du 22 janvier 2010 (D.23), le Dr Z. _____ a mentionné sous la rubrique "indications du patient": "depuis décembre 09, apparitions de cervico-brachialgies D d'intensité variable qui s'aggravent au fil des jours. Douleurs aggravées par la mobilisation cervicale (rotations-flex.ext.)". Le Dr Z. _____ a dès lors posé le diagnostic de cervico-brachialgies à droite et a retenu une probable relation avec l'accident de 2007. Il a attesté une incapacité totale de travail du 28 décembre 2009 au 8 février 2010, puis une reprise de l'activité professionnelle à 100 % dès le 9 février 2010 (certificat médical du 13 février 2010 du Dr Z. _____). Le 8 février 2010, l'assuré a notamment fait les déclarations suivantes à un inspecteur de la CNA : "(...) Comme le précise le dernier rapport du Dr Z. _____ d'avril 2008, les douleurs du dos et de la nuque s'étaient peu à peu estompées pour finir par disparaître, ce qui m'avait permis de reprendre et le travail et la pratique du sport, la course à pied et le fitness, sans séquelles. Fin 2008 ou début 2009, j'ai été victime d'un nouveau choc par l'arrière, au volant de mon [...]. A cette occasion, le choc a été bien moins important que le précédent. J'avais à nouveau ressenti des douleurs dans ma nuque mais pas au dos. Après quelques jours d'arrêt de travail, j'avais pu reprendre ma vie normale. Ce cas a fait l'objet d'une annonce à la SUVA. Il s'était liquidé aussi sans laisser de séquelles, à mon avis, ne ressentant plus de douleurs. Peu avant Noël 2009, j'ai souffert d'un gros rhume, ce qui m'a fait consulter le Dr Z. _____. Dans le même temps, j'ai été sujet à des douleurs dans mon bras droit survenues spontanément. J'ai pensé à un nerf coincé, après avoir peut-être déplacé ou soulevé quelque chose à la station d'essence. Mon médecin a commencé par me prescrire des Irfen 600. Deux ou trois jours après, je suis devenu sujet, en plus, à des fourmillements jusque dans le bout des doigts droits. Je ressentais aussi des tiraillements qui partaient du côté droit de la nuque pour descendre dans tout le bras droit. Mon médecin m'a prescrit après IRM des pastilles à la cortisone, à prendre 9 fois par jour puis de façon décroissante. Après 4-5 jours, les fourmillements et les douleurs du bras ont bien diminué. Par contre, il a subsisté ces sortes de coups de couteau

dans la nuque et le haut du dos selon les mouvements de la tête effectués. J'ai toujours des douleurs dans la nuque lorsque je suis étendu, qui se manifestent aussi dans le côté gauche de la nuque, ces temps. Dans le bras droit, ce ne sont plus que des douleurs en alternance. Mon médecin a demandé des radiographies le 30.12.09 puis une IRM le 7.1.10, toutes faites à [...] . Il m'a reconnu une incapacité totale du 28.12.09 au 7.1.10. Je reprends ce jour à 50 % mais en ne m'occupant que des affaires du bureau, renonçant à toute activité physique à la station (...)" . b) Par décision du 12 février 2010, la CNA (Suva [...]) a refusé de verser des prestations d'assurance au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 16 novembre 2007 et les cervico-brachialgies annoncées. L'assuré a formé opposition en date du 12 mars 2010, par l'intermédiaire de sa protection juridique. A cette occasion, il a allégué que la rechute annoncée fin 2009 était en rapport de causalité adéquate avec les accidents de 2007 et 2009, précisant qu'aucun rapport médical n'avait été demandé à la suite du dernier accident (D.32). Il a ajouté avoir soumis son dossier médical au Dr P. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique le 10 mars 2010. Selon ce praticien (dont l'assuré reprendrait les conclusions) " l'IRM n'a pas démontré de lésion traumatique, ce qui est le cas dans 99 % des cas quand on est en présence de discopathie modérée suite à un accident "Coup du lapin". Le rapport de causalité ne pouvant être exclu, il est donc probable dans le cadre de plaintes surgissant dans les cinq ans suivant l'événement déclencheur. En particulier lorsque le traitement s'est poursuivi longtemps, ce qui est notre cas ici avec un traitement de physiothérapie prescrit après le premier mais aussi le second accident" . Au vu de ces éléments, la CNA a sollicité l'avis du Dr J. _____, son médecin d'arrondissement. Dans son appréciation médicale du 18 mars 2010, le Dr J. _____ a rappelé que suite à l'accident du 16 novembre 2007, l'assuré avait consulté le Dr Z. _____ qui avait notamment diagnostiqué une entorse cervicale et préconisé un traitement symptomatique. Le Dr J. _____ a en outre exposé ce qui suit : "L'évolution a été favorable autorisant une reprise du travail en plein dès le 7.1.2008. De son propre aveu, le patient était totalement remis de cet accident, sans séquelle. Il avait pu reprendre ses activités sportives. Le 29.1.2009, il semble qu'il a été victime d'un accident un peu semblable, le choc étant cependant bien moins important que le précédent. Il est vraisemblable que ce cas a été annoncé à la Suva par une déclaration d'accident bagatelle LAA. Monsieur Q. _____ admet également que ce deuxième accident s'est liquidé sans séquelle et qu'il ne ressentait plus de douleurs, après quelques jours d'arrêt de travail. Fin 2009, soit deux ans après le premier accident et près d'une année après le deuxième, il s'est plaint de cervico-lombalgies droites. Le 7.1.2010, une IRM cervicale, dont le rapport ne figure pas dans le dossier, a montré des discopathies étagées et une hernie discale paramédiane et foraminale droite légèrement sténosante en C6-C7. Selon Orion, Protection juridique, cette discopathie C6-C7 était déjà visible sur des radiographies réalisées en 2007, probablement dans les suites du premier accident. En résumé, ce patient présentait donc une discopathie C6-C7 préexistante aux accidents assurés. Ce n'est que 2 ans après le premier accident et près d'une année après le deuxième, qu'une hernie discale C6-C7 s'est faite jour donnant lieu à des cervico-brachialgies droites. Il convient de rappeler qu'il s'agit d'une affection éminemment malade et dégénérative même s'il arrive qu'une hernie discale puisse être provoquée ou tout au moins rendue symptomatique par un accident. Chez Monsieur Q. _____, cela n'a manifestement pas été le cas puisqu'une symptomatologie radiculaire typique n'est survenue que bien après les accidents dont il a été victime. Il n'y a donc aucun indice concret qui permet de rapporter les cervico-brachialgies droites dont il s'est plaint fin 2009 à l'un ou l'autre de ses accidents. Il convient également de relever que le

patient s'estimait lui-même parfaitement guéri à chaque fois et qu'il n'a jamais présenté le tableau soi-disant typique des troubles survenant après un traumatisme cervical de type "whiplash". Par décision sur opposition du 23 mars 2010, la CNA (secteur oppositions à Lucerne) a confirmé le refus de prise en charge de la rechute annoncée le 5 janvier 2010 et de verser des prestations à l'assuré. Elle a ainsi estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'analyse effectuée par le Dr J._____ et corroborée par la doctrine médicale entérinée par la jurisprudence. Par ailleurs, le fait que, selon le Dr P._____, le rapport de causalité ne pouvait être exclu, ne permettait pas de conclure à une causalité pour le moins vraisemblable, mais tout au plus à une causalité possible.

C. a) Par acte de son mandataire du 23 avril 2010, Q._____ interjette recours contre la décision sur opposition de la CNA. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'admission du recours, en ce sens que la décision entreprise soit réformée, la CNA étant condamnée à verser les prestations d'assurance découlant des accidents des 16 novembre 2007 et 29 janvier 2009, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier pour nouvelle instruction. Il allègue avoir été victime de deux accidents graves en date des 16 novembre 2007 et 29 janvier 2009, qui sont les causes de la hernie discale, voire les sources du processus dégénératif ayant finalement abouti à une hernie discale. Le traitement subi après le deuxième accident n'a permis qu'une atténuation passagère des douleurs et n'a favorisé en rien sa totale rémission. Les lésions au rachis cervical ont donc perduré, voire empiré. Les douleurs apparues en décembre 2009 sont ainsi en lien de causalité naturelle avec les deux accidents. En fonction de la jurisprudence applicable aux traumatismes de type "coup du lapin" (ATF 134 V 109), qui prévoit de s'en tenir à une méthode spécifique pour apprécier le lien de causalité adéquate (et de la classification des accidents selon leur gravité), le recourant estime que l'ensemble des critères pertinents permettent d'admettre que les accidents en question étaient propres à entraîner les séquelles constatées par les médecins. Il requiert en outre l'audition des Drs P._____ et Z._____ par le biais d'un questionnaire médical et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il produit enfin un lot de pièces.

b) Dans sa réponse du 5 juillet 2010, l'intimée expose que le recourant n'a pas présenté dans les suites de son accident de circulation du 16 novembre 2007, le tableau typique des troubles survenant après un traumatisme cervical de type whiplash, élément relevé par le Dr J._____ dans son appréciation médicale du 18 mars 2010. En outre, suivant l'intimée, les mêmes réflexions s'appliquent mutatis mutandis à l'autre événement de janvier 2009, ce d'autant plus que ce dernier n'avait donné lieu ni à une intervention de police, ni des soins hospitaliers, se soldant comme un cas dit bagatelle, sans même de consultation ou de rapport médical. En cas de prolongation des troubles au-delà des six premiers mois post-traumatiques, une expertise médicale aurait alors dû être mise en œuvre par l'assureur-accidents, ce qui n'a pas été nécessaire dans le cas d'espèce, puisque les douleurs cervicales du recourant se sont terminées au plus tard le 9 janvier 2008, date de la consultation chez le Dr Z._____, soit moins de 2 mois après son accident de novembre 2007.

c) Dans sa réplique du 30 novembre 2010, le recourant précise que l'accident dont il a été victime le 29 janvier 2009 a donné lieu à un constat à l'amiable, qu'il a entraîné un traitement médical et une incapacité de travail du 30 janvier au 9 février 2009, les dégâts au véhicule se montant à 1'586 fr.70. Le recourant critique l'instruction menée par l'intimée, faisant notamment valoir que le Dr J._____ ne disposait pas de l'ensemble des informations nécessaires sur le plan médical pour statuer. Or, le Dr J._____ a considéré qu'il y avait une étiologie malade et dégénérative, alors qu'il était âgé de 33 ans lors du premier accident et de 35 ans lors du deuxième. Le recourant relève en outre que la question

de l'existence de séquelles ou de dommage permanent à craindre est distincte de celle du lien de causalité naturelle et ne saurait dès lors constituer un indice utile. Il confirme enfin les conclusions de son recours et sa requête d'expertise judiciaire. d) Dans sa duplique du 17 mars 2011, l'intimée rappelle que le présent litige porte sur le droit du recourant à percevoir des prestations de l'assureur-accidents pour la rechute annoncée, en janvier 2010, de son accident de novembre 2007, tel que cela ressort du libellé de cette rechute. Par ailleurs, le Dr Z. _____ a précisé qu'il retenait une probable relation avec l'accident de 2007. Lors du second accident, l'assuré a certes été victime d'un nouveau choc par l'arrière, mais qui était bien moins important que le précédent et qui n'a engendré que quelques jours d'arrêt seulement. L'intimée soutient en outre que le recourant n'avance aucun argument scientifique justifiant la mise en œuvre de l'expertise médicale. Le certificat médical du Dr Z. _____ suite à l'accident de janvier 2009 et attestant une incapacité de travail d'un peu plus d'une semaine, n'y change rien. Le dossier relatif à l'événement de janvier 2009, annoncé en mars 2009 par l'assuré, a été ouvert sous à un autre numéro que le dossier relatif à l'accident de 2007 et à la rechute. Le second dossier a été produit ensuite. E n d r o i t : 1. Les dispositions de la LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGa). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGa). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les exigences formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGa notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à refuser la prise en charge des troubles annoncés le 5 janvier 2010, mais présents depuis décembre 2009. L'intimée a nié l'existence de lésions du rachis cervical par traumatisme de type "coup du lapin". Pour cela, elle s'est fondée sur l'appréciation médicale du Dr J. _____ et sur le fait que la plupart des symptômes nécessaires selon la jurisprudence pour que ce genre de lésions puisse être admis étaient absents. Le recourant conteste cette appréciation; selon lui, les deux accidents dont il a été victime sont les causes de l'apparition d'une hernie discale, voire les sources du processus dégénératif ayant eu pour conséquence l'apparition d'une hernie discale. Les séquelles annoncées seraient donc en lien de causalité naturelle avec les accidents des 16 novembre 2007 et 29 janvier 2009. Le recourant soutient également que les conséquences de son traumatisme cervical auraient dû être davantage éclaircies, ce qui justifierait la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. Selon lui, les mesures d'instruction complémentaire seraient de nature à apporter une réponse claire sur la question de la causalité naturelle, ce qui n'est pas le cas avec les documents figurant au dossier. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle, si la loi n'en dispose pas autrement. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; TF U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2 et 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2). 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 les renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'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 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [éd.], 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 79 p. 865).

b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_303/2007 du 11 avril 2008, consid. 4). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008, consid. 3).

3. a) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-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.). L'existence d'un tel traumatisme et de ses suites doit être dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 consid. 4b). La jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue (ATF 134 V 109 consid. 9; TF 8C_60/2008 du 6 août 2008 consid. 3.4). Elle a considéré, en particulier, qu'une expertise pluridisciplinaire est indiquée si l'état de santé de l'assuré ne présente ou ne laisse pas espérer d'amélioration notable relativement rapidement après l'accident, c'est-à-dire dans un délai d'environ six mois.

b) In casu, le Dr J. _____ a retenu que l'assuré n'avait jamais présenté un tableau typique des troubles survenant après un traumatisme cervical de type "coup du lapin" ou whiplash. Ce n'est pas parce que le Dr Z. _____ a rempli plus de trois semaines après l'accident la "fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cérébral" que le tableau clinique était présent. Le Dr Z. _____ n'a en effet relevé ni vertiges, ni nausées ou vomissements. Il n'a en outre pas indiqué de diagnostic particulier, se référant uniquement aux résultats des examens

IRM. Les radiographies ont ainsi montré une rectitude et une ébauche de discopathie C5-C6, C6-C7 au niveau cervical, ainsi qu'une rectitude du segment lombaire. Lors de la consultation du 9 janvier 2009, le Dr Z. _____ a constaté une évolution favorable de l'entorse cervicale et lombaire avec l'absence de douleurs au niveau de la nuque, attestant une reprise de l'activité professionnelle à 100 % dès le 7 janvier 2008. Dans ces circonstances, il y a lieu de retenir qu'à la date déterminante du 7 janvier 2008 au plus tard, le recourant ne présentait pas ou plus le tableau clinique typique en cas de lésions de type "coup du lapin". Les quelques symptômes évocateurs de ces lésions constatés chez le recourant avaient en effet suivi une évolution favorable. Tel est également le cas s'agissant de l'accident du 29 janvier 2009, dans la mesure où le recourant a repris son activité professionnelle à plein temps dès le 9 février 2009. Contrairement aux allégations du recourant, aucun élément dans le dossier ne permet de retenir que "les lésions au rachis cervical ont donc perduré, voire empiré", l'assuré admettant au contraire la disparition des douleurs". Que l'assuré ait dû, comme il l'allègue, après le deuxième accident, se limiter à effectuer des tâches de bureau - fait qui n'est, au demeurant, pas établi - n'y change rien, dès lors qu'il lui appartient, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, de tout faire pour mettre en valeur sa capacité de travail (TFA U 222/97 du 23 juin 1999 consid. 2b). 4. a) Cela étant, il reste à examiner si la hernie discale est en relation de causalité naturelle avec l'accident. En effet, l'assuré a annoncé une rechute le 5 janvier 2010 (D.21), soit plus de deux ans après l'accident du 16 novembre 2007, se plaignant d'une inflammation de la colonne cervicale (D.21). Certes, dans l'intervalle, soit près d'un an avant la rechute annoncée, l'assuré a eu un autre accident lequel s'était toutefois liquidé sans séquelles. Au demeurant, tant l'assuré que le médecin traitant (D.23) se sont référés à l'accident de novembre 2007 pour justifier la rechute annoncée. Le Dr Z. _____ a ainsi retenu, en décembre 2009, des cervico-brachialgies à droite, une IRM cervicale mettant en évidence des discopathies étagées et une hernie discale paramédiane et foraminale droite légèrement sténosante en C6-C7. Sur ce point, le Dr Z. _____ a retenu une probable relation avec l'accident de 2007 (D.23). Quant au Dr P. _____, dont les propos ont été simplement transcrits au stade de l'opposition, il n'a pas fait état d'éléments significatifs, puisqu'il s'est limité à observer qu'un lien de causalité n'était pas exclu. En d'autres, ces deux praticiens ont considéré que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles en cause et l'accident n'apparaît que possible, ce qui s'avère insuffisant pour établir l'existence d'un tel lien conformément à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans la procédure en matière d'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). Au surplus, le Dr J. _____ (D.35) a estimé que le recourant présentait une ancienne atteinte dégénérative du disque C6-C7, élément corroboré par le Dr P. _____ pour qui l'IRM n'avait pas démontré de lésion traumatique. Le médecin de la CNA a ajouté qu'une hernie discale était une affection éminemment malade et dégénérative, même s'il arrivait qu'elle puisse être provoquée ou tout au moins rendue symptomatique par un accident. Selon le Dr J. _____, tel n'était pas le cas en l'espèce, dans la mesure où la symptomatologie typique n'était survenue que bien après les accidents dont avait été victime l'assuré. L'appréciation du Dr J. _____ se concilie au demeurant avec la jurisprudence relative aux hernies discales exposée ci-dessous. Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées,

comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3, n° U 379 p. 192 consid. 2a; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.3 et 8C_486/2008 du 4 avril 2008 consid. 4.3). b) Au vu de ces différents éléments, notamment du moment du déclenchement des douleurs liées à la hernie discale, l'intimée pouvait tenir pour établi au degré de la vraisemblance prépondérante que cette atteinte n'avait pas une origine traumatique, sur la base des rapports médicaux disponibles et sans mettre en œuvre une autre expertise. Pour le surplus, le recourant n'a pas démontré pas en quoi l'appréciation du médecin de la CNA, en particulier sur le caractère exclusivement dégénératif des atteintes mises en évidence par l'IRM cervicale, est erronée ou inexacte. C'est dès lors à juste titre que l'intimée a nié l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la rechute annoncée et les accidents des 16 novembre 2007 et 29 janvier 2009. En l'occurrence, la question de savoir s'il existe un lien de causalité adéquate entre cette affection et les accidents précités peut demeurer indéterminée dans la mesure où de toute manière l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit être niée. Au demeurant, l'intimée n'a pas examiné ce point. Les griefs du recourant sont donc en tous points mal fondés. 5. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (art. 61 let. a LPG) ni d'allouer des dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPG). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 23 mars 2010 par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA) est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne (pour le recourant), ■ Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour l'intimée), - Office fédéral de la santé publique, à Berne, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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