

VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 66 vom 29. Januar 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-01-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2013__66

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 66 du 29 janvier 2013

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 66 del 29 gennaio 2013

Regeste

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, TRAUMATISME CERVICAL | 6 al. 1 LAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 29.01.2013 Arrêt / 2013 / 66

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, TRAUMATISME CERVICAL | 6 al. 1 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 72/11 - 20/2013 ZA11.028475 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 29 janvier

2013 _____ Présidence de Mme Thalmann Juges : M.

Métral et Mme Magnin, juge suppléante Greffière : Mme Barman Ionta *****

Cause pendante entre : Q. _____, à [...], recourant, représenté par Me Astyanax Peca, avocat à Montreux, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS

D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée. _____ Art. 6 al. 1 LAA E n f a i t : A.

Q. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1982, a travaillé dès le 6 mars 2006 en qualité de monteur électricien auprès de la société d'installations électriques [...] SA, à [...]. Il était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA). Le 20 octobre 2006, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation; alors qu'il était installé, correctement attaché, sur le siège avant droit de la voiture conduite par son père, qui s'apprêtait à sortir d'un giratoire, un véhicule a pénétré sans autre dans le giratoire, percutant l'angle arrière droit de la voiture. Le véhicule a fait un tour sur lui-même et s'est arrêté contre le trottoir. L'assuré s'est rendu au Service des urgences de l'Hôpital de [...], où des radiographies de la colonne cervicale et du bras droit ont été réalisées, sans révéler de lésions traumatiques significatives. Victime d'un premier accident de la circulation en 2001, l'assuré avait souffert d'une fracture-tassement de la 12^e vertèbre dorsale ainsi que d'une fracture bimalléolaire de la cheville droite. Le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, avait examiné l'assuré le 4 décembre 2006 et estimé le taux d'atteinte à l'intégrité à 17,13%. L'assureur-accidents avait considéré que les séquelles de l'événement de 2001 ne réduisaient pas de manière importante la capacité de gain de l'assuré, niant de ce fait le droit à une rente par décision du 15 décembre 2006, entrée en force sans qu'une opposition ne fût formulée. B. A la suite de l'accident du 20 octobre 2006, l'assuré a consulté le Dr S. _____, spécialiste en rhumatologie, lequel a posé le diagnostic de Whiplash (entorse cervicale), contusion dorsale et traumatisme du membre supérieur droit. Dans un rapport médical du 27 octobre 2006, établi à l'attention de C. _____, assureur responsabilité civile du tiers responsable, le Dr S. _____ a attesté une incapacité de travail totale du 20 au 24 octobre 2006 et la reprise du travail à plein

temps le 25 octobre suivant. Dans son rapport du 13 décembre 2006, faisant suite à une consultation du 8 décembre précédent, le Dr S. _____ a indiqué ce qui suit: " Monsieur Q. _____, jeune patient de 24 ans, présente des cervicalgies consécutives à un Whiplash et une contusion du bras droit, survenue lors d'un accident de voiture le 20.10.2006. Ces cervicalgies surviennent dans un contexte de dorsalgies liées à une ancienne fracture de tassement cunéiforme de D12, qui était déjà responsable de troubles statiques rachidiens avec accentuation de la cyphose. Les examens radiologiques réalisés à l'hôpital de [...] ne montrent pas de lésion fracturaire osseuse selon les informations fournies par le patient. Il n'en demeure pas moins qu'il persiste des cervicalgies avec des limitations douloureuses des amplitudes de la colonne cervicale et des tendomyoses en cascade. " Le rhumatologue a préconisé une physiothérapie adaptée intensive et une mobilisation proprioceptive cervicale, aux fins de prévenir toute chronicisation des cervicalgies. Interpellé par la CNA, le Dr S. _____ a fait état, dans un rapport du 20 avril 2007, d'une récurrence des cervicalgies après une évolution initialement progressivement favorable, entraînant une incapacité de travail du 26 mars au 4 avril 2007. L'activité professionnelle avait été reprise le 5 avril 2007, à 100%. L'assuré avait été traité par antalgiques et physiothérapie proprioceptive. Le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil de C. _____, s'est prononcé sur la situation de l'assuré dans un rapport du 29 janvier 2008, faisant valoir ce qui suit: " Les seuls certificats à ma disposition sont signés par le Dr S. _____ et partent des constatations du 8 décembre 2006. Les plaintes sont essentiellement subjectives avec néanmoins des contractures douloureuses et palpables. Les RX ne montrent pas de signes dégénératifs. Selon le Dr S. _____ le patient est capable de travailler à 100% dès le 8 décembre 2006. Le traitement initial débouche sur une évolution rapidement favorable. Dite évolution ainsi que la dynamique de l'accident de très faible intensité permettent de douter de l'existence d'un lien direct entre l'événement accidentel d'octobre 2006 et les plaintes de mars 2007 ayant entraîné un nouvel arrêt de travail d'une semaine. D'autres facteurs notamment liés aux positions dans l'exercice de l'activité professionnelle pourraient être à l'origine de tels troubles. Sur la base de ce raisonnement, la prise en charge de l'incapacité de travail du 26 mars au 4 avril 2007 me paraît déjà bien généreuse. Toute nouvelle incapacité de travail n'aurait par contre plus aucun rapport avec l'accident. " Dans un rapport intermédiaire du 14 avril 2008 à la CNA, le Dr S. _____ faisait état d'une amélioration progressive des cervicalgies et de la poursuite du traitement. Il n'attestait aucune incapacité de travail depuis la reprise à 100%, le 5 avril 2007. Le Dr B. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen clinique le 24 juillet 2008. Il s'est prononcé sur la situation notamment en ces termes: " Actuellement, le patient dit qu'il ne va pas vraiment mieux. La symptomatologie douloureuse est continue, d'intensité fluctuante. Elle s'accompagne de courbatures de la nuque, notamment le matin au réveil et en fin de journée, ainsi que de céphalées occipitales. Le patient décrit également une fatigue douloureuse, en particulier lorsqu'il est au volant de sa voiture. Il est parfois réveillé la nuit. [...] Objectivement, la nuque est souple, la mobilisation s'effectue librement, même si elle donne lieu à quelques douleurs inconstantes. Il n'y a pas de contracture musculaire notable. La mobilité est complète. Les épaules sont souples. Les signes du conflit sont négatifs. Tous les tendons de la coiffe des rotateurs sont fonctionnels et le patient développe une très bonne force. Il n'y a pas de perturbation des épreuves de marche. Le bassin est légèrement basculé vers la gauche, tandis que la ceinture scapulaire est équilibrée. On note de légers troubles statiques. Malgré une discrète raideur segmentaire dorso-lombaire, la mobilité rachidienne est globalement conservée et la

mobilisation s'effectue librement, sans douleurs notables. Le patient change aisément de position. Il peut rester assis longtemps sans problème. La cheville gauche est à peine élargie. Les amplitudes articulaires sont discrètement limitées. La force est excellente. L'examen neurologique paraît normal. Au total, les plaintes sont assez semblables à celles que le Dr L. _____ avait recueillies lors de son examen du 4.8.06, à ceci près qu'elles se sont déplacées de la région dorso-lombaire à la nuque. Si elles s'expliquaient sans autre dans le cadre d'un status après fracture-tassement de D12, ayant consolidé avec une cyphose segmentaire, il est plus difficile de les rapporter à un accident de la circulation survenu il y a bientôt 2 ans et qui n'a apparemment laissé aucune séquelle vraiment objectivable, à moins d'admettre, avec le Dr S. _____, que le patient a bien été victime d'une entorse cervicale bénigne le 20.10.06, susceptible, comme certains le pensent, de laisser des troubles subjectifs à long terme. A noter que le patient fait plutôt bonne impression, qu'il travaille en plein depuis longtemps et qu'il ne semble pas particulièrement revendicateur d'une quelconque indemnisation, souhaitant plutôt qu'on le conseille utilement, qu'on continue à prendre en charge son traitement et probablement qu'on prenne en compte, le cas échéant, une possible aggravation. " A la demande de la CNA, le Dr M. _____, spécialiste en neurologie, a examiné l'assuré le 12 septembre 2008. Il a fait pratiquer un bilan radiologique le 3 octobre suivant. Dans son rapport du 8 octobre 2008, il appréciait la situation comme suit: " En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué montre une nuque de bonne mobilité, dont la mobilisation est un peu sensible localement. L'examen du rachis dorso-lombaire est sans particularité hormis une douleur dorsale à la flexion latérale dorso-lombaire. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. L'examen des paires crâniennes, des membres supérieurs, du tronc et des membres inférieurs est sans anomalie significative tant en direction d'une atteinte radiculaire que médullaire ou encéphalique. L'examen clinique a été complété par des radiographies standards de la colonne cervico-dorsale avec épreuves fonctionnelles cervicales ainsi que par une IRM cervico-dorsale. Les radiographies standards de la colonne cervicale ainsi que l'IRM cervicale sont sans lésion significative hormis une certaine rectitude cervicale avec aucune instabilité pathologique aux épreuves fonctionnelles. Les radiographies standards de la colonne dorsale ainsi que l'IRM dorsale permettent de retrouver les séquelles d'un petit enfoncement du plateau supérieur de D12, sans troubles statiques secondaires associés. En conclusion, M. Q. _____ a donc été victime en février 2001 d'un accident de la circulation ayant eu comme conséquences une fracture de D12 ainsi qu'une fracture distale tibia-péroné gauche dont il garde encore actuellement quelques douleurs tant au niveau dorsal qu'à l'extrémité distale du membre inférieur gauche. Pour ce qui est de l'accident du 20.10.2006, M. Q. _____ se plaint de cervico-céphalalgies ainsi que d'une fatigabilité parallèlement à la possible augmentation des dorso-lombalgies séquellaires à l'événement accidentel préalable. L'examen clinique ne révèle pas d'anomalies neurologiques significatives. Compte tenu des éléments susmentionnés, il est probable que l'accident du 20.10.2006 ait entraîné une distorsion cervicale simple ainsi qu'une contusion rachidienne cervico-dorso-lombaire banale, sans évidence d'atteinte structurelle du système nerveux et locomoteur. Compte tenu du laps de temps écoulé depuis l'accident du 20.10.2006, on est un peu étonné par l'importance des troubles bien que ces derniers n'entraînent pas d'incapacité de travail significative. Sur le plan thérapeutique, il s'agit de poursuivre le traitement d'AINS et de physiothérapie bien que l'indication de ce dernier soit un peu douteuse au vu du laps de temps écoulé depuis l'événement accidentel et de l'absence d'anomalies significatives à l'examen neurologique et radiologique. Il n'y a bien entendu pas

d'incapacité de travail à évoquer compte tenu du fait que ce patient travaille régulièrement à 100%. Il n'y a pas à mon avis non plus d'éléments permettant de conclure à un dommage permanent justifiant la reconnaissance d'une indemnité. " C. Le 25 avril 2009, l'assuré a été victime d'un nouvel accident de la circulation, entraînant une contusion au bras droit. Interpellé par la CNA, le Dr S._____ a posé les diagnostics de cervicalgies et scapualgies de nature musculaire récidivant post Whiplash. Dans son avis du 8 mai 2009, il faisait état d'une recrudescence des cervicalgies et des douleurs musculaires scapulaires avec, à l'examen clinique, une mise en évidence de tendomyoses paravertébrales cervicodorsales et scapulaires. Il attestait une incapacité de travail du 25 avril au 4 mai 2009. Le 10 novembre 2009, le Dr S._____ a indiqué une évolution progressivement favorable à la suite du traitement de physiothérapie et la poursuite de l'activité professionnelle grâce à des aménagements. Le 3 septembre 2010, il a rapporté une récurrence des nuchalgies avec des tensions musculaires para-cervicales, sans déficit moteur ni trouble sensitif systématisé. Il n'attestait aucune incapacité de travail. Dans un courrier du 29 octobre 2010 adressé au Dr S._____, le Dr B._____ déclarait s'être longuement entretenu avec l'assuré, sans l'avoir formellement examiné. Après un rappel des faits, il a mentionné ce qui suit: " Actuellement, le patient se plaint de cervicalgies fréquentes, irradiant vers les épaules. Il dit ne pas pouvoir conduire sa voiture au-delà d'une demi-heure. Il rapporte également des malaises avec des sensations vertigineuses. Enfin, il évoque de grandes difficultés à se réveiller le matin [...]. Il n'y a plus de traitement et le patient travaille en plein mais il se fait manifestement du souci pour l'avenir. Pour ma part, en l'absence de lésion objectivable, notamment au niveau cervical, qu'on puisse de surcroît rapporter à l'accident, je crois qu'on doit admettre que celui-ci ne déploie plus d'effet, d'autant que les plaintes sont atypiques, suggestives d'une composante psychogène aux troubles présentés. " Le 25 janvier 2011, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie, médecin à la division Médecine des assurances, s'est prononcé sur l'accident du 20 octobre 2006 dans un avis – traduit de l'allemand en français – à la teneur suivante: " Il s'agit d'une légère distorsion de la colonne cervicale, sans lésion traumatique visible à la radiographie. Aucun déficit neurologique jusqu'alors. Après les examens ciblés, il est établi avec certitude qu'il n'existe pas matière permettant d'imputer à l'accident les douleurs à la nuque invoquées. En l'absence de lésions structurelles, toute aggravation à venir est également exclue. En conséquence, le dossier devrait être clôturé dès à présent. Rétrospectivement, la reconnaissance des deux "rechutes" était objectivement une erreur. Aucune expertise n'est requise du point de vue médical. L'évaluation fondée du Dr M._____, neurologue, en date du 8 octobre 2008 est toujours d'actualité. Le rhumatologue traitant pose purement des diagnostics de douleurs fonctionnelles et procède à une simple attribution de causalité temporelle "post hoc". Pour la Suva, cela s'avère cependant insuffisant. " D. Par décision du 23 mars 2011, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance. Elle considérait que les troubles présentés par l'assuré n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 20 octobre 2006. La décision retirait tout effet suspensif à une éventuelle opposition. L'assuré s'est opposé le 6 mai 2011 à la décision précitée. Il contestait que les troubles dont il souffrait ne fussent plus en relation de causalité avec l'accident de 2006. Indiquant ne jamais avoir eu connaissance des renseignements médicaux sur lesquels s'appuyait la décision litigieuse, il demandait l'annulation de cette dernière et la restitution de l'effet suspensif durant la procédure d'opposition. Le 30 mai 2011, la CNA a remis à l'assuré une copie de l'intégralité de son dossier et lui a demandé de se déterminer sur le maintien de son opposition. Dans une écriture du 17 juin 2011, l'assuré a indiqué maintenir

son opposition. Il mentionnait notamment avoir été victime, lors de l'accident du 20 octobre 2006, d'une entorse cervicale (coup du lapin) susceptible de laisser des troubles à long terme, dont il souffrait toujours actuellement, et qu'une expertise était nécessaire afin de le démontrer. Par décision sur opposition du 28 juin 2011, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé son refus de verser des prestations d'assurance au-delà du 23 mars 2011. Se référant aux différents avis médicaux, elle a considéré que l'existence d'atteintes structurelles traumatiques de l'accident du 20 octobre 2006 avaient été largement écartées, aussi bien du point de vue orthopédique que neurologique et rhumatologique. Elle a en outre relevé que même si l'on devait admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un mécanisme de "coup du lapin", nul n'apparaissait en mesure d'affirmer que, les cervicalgies mises à part, l'assuré avait présenté pour l'essentiel la symptomatologie dite typique d'un tel traumatisme. De surcroît, il n'existait plus aucun traitement susceptible de notablement améliorer l'état de santé de l'assuré et l'examen de la question de la causalité adéquate devait dans tous les cas être niée. Finalement, elle a considéré que le dossier étant suffisamment instruit, il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une expertise médicale. Le même jour, la CNA a notifié une décision incidente rejetant la requête en rétablissement de l'effet suspensif dans la décision du 23 mars 2011. E. Q. _____ a formé recours contre la décision sur opposition du 28 juin 2011 auprès de la Cour des assurances sociales par acte du 29 juillet 2011, en concluant, avec suite de frais et dépens, préalablement à la restitution de l'effet suspensif au présent recours, et principalement à la restitution de son droit aux prestations de l'assurance-accidents. En substance, le recourant fait valoir que les plaintes persistantes émises depuis l'accident du 20 octobre 2006 entrent dans le tableau clinique caractéristique retenu par le Tribunal fédéral en ce qui concerne les traumatismes de type "coup du lapin". Il précise que cette symptomatologie est toujours présente et qu'un traitement de physiothérapie doit à tout le moins être maintenu. Il soutient ensuite l'existence d'une causalité adéquate entre l'accident de 2006 et les lésions dont il souffre actuellement. Il requiert de ce fait la mise en œuvre d'une expertise médicale aux fins de déterminer avec précision ces lésions et l'existence du lien de causalité adéquate. Invitée à se déterminer sur la requête de restitution de l'effet suspensif au recours du 29 juillet 2011, la CNA s'y est opposée le 12 août 2011. Par ordonnance du 22 août 2011, la Cour de céans a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif. Dans sa réponse du 5 janvier 2012, la CNA conclut au rejet du recours. Elle relève qu'aucun déficit structurel organique permettant de justifier les plaintes du recourant n'a été mis en évidence par les différents médecins interrogés. Elle nie par ailleurs la nécessité d'une expertise médicale, au motif que le dossier a été suffisamment instruit et qu'il n'est pas de la compétence du corps médical de procéder à l'examen de la causalité adéquate, cette question étant essentiellement juridique. Dans sa réplique du 1^{er} février 2012, le recourant relève ne jamais avoir été examiné par le Dr W. _____ et conteste de ce fait la valeur probante de son rapport médical. Il maintient ainsi sa demande d'expertise médicale et les conclusions de son recours du 29 juillet 2011. L'intimée a confirmé sa position dans une écriture du 22 février 2012. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal

compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à bénéficier, au-delà du 23 mars 2011, des prestations de l'assurance-accidents. Il s'agit plus particulièrement de déterminer s'il subsiste un lien de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes à la santé présentées par le recourant et l'événement assuré du 20 octobre 2006.

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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 suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale 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 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références). En cas d'état maladif antérieur, s'il y a lieu d'admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références citées); le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.2). L'examen de l'existence d'un lien de causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références citées; TFA U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 3 et la référence citée).

b) Cela étant, 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 qui présente de multiples plaintes, pour autant 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; TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 2.2 et les références). Ainsi, la première question à résoudre est celle de savoir si les caractéristiques d'un traumatisme de type "coup du lapin" ont été diagnostiquées dans le cas d'espèce. Le tableau clinique caractéristique retenu par la jurisprudence à ce propos fait état des plaintes suivantes: maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vue, irritabilité, altération de la sensibilité, dépression, modification de la personnalité et plaintes multiples. Par ailleurs, des douleurs cervicales doivent nécessairement se manifester dans un délai de 72 heures après l'événement accidentel pour que l'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle avec ce dernier (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 6.1 et les références). Enfin, le mécanisme accidentel doit être propre à provoquer de tels troubles (cf. ATF 117 V 359 consid. 4b; Jean-Michel Duc, La jurisprudence des assurances sociales concernant les traumatismes cervicaux, RSAS 2008 p. 58).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

3. En l'occurrence, le recourant soutient présenter, depuis l'accident du 20 octobre 2006, une symptomatologie typique du trauma de type "coup du lapin". Selon lui, l'assureur-accidents ne peut nier l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'événement accidentel et des lésions dont il souffre actuellement.

a) En juillet 2008, le Dr B._____ a examiné le recourant et conclu que l'événement survenu deux ans plus tôt n'avait apparemment laissé aucune séquelle vraiment objectivable, sous réserve d'admettre l'entorse cervicale bénigne retenue par le Dr S._____. Il a en outre relevé que l'examen neurologique paraissait normal (cf. rapport de l'examen clinique du 24 juillet 2008). En octobre 2010, le médecin d'arrondissement a constaté l'absence de lésion objectivable, notamment au niveau cervical, qui puisse de surcroît être rapportée à l'accident de 2006. Selon lui, l'accident ne déployait

plus d'effet, d'autant que les plaintes de l'assuré étaient atypiques, suggestives d'une composante psychogène (cf. courrier du 29 octobre 2010 au Dr S. _____). Le 25 janvier 2011, le Dr J. _____ a constaté une légère distorsion de la colonne cervicale, sans lésion traumatique visible à la radiographie, l'absence de déficit neurologique et l'absence de lésions structurelles. Il affirmait que rien ne permettait d'imputer à l'accident de 2006 les douleurs à la nuque invoquées par le recourant. Cela étant, le jour même de l'accident, des radiographies de la colonne cervicale ont été effectuées au Service des urgences de l'Hôpital de [...] et n'ont pas révélé de lésions traumatiques significatives. Sur la base du dossier médical, particulièrement des radiographies, le Dr W. _____ n'a pas retenu de signes de dégénérescence postérieure à l'accident (cf. rapport du 29 janvier 2008). Le Dr M. _____ a effectué en septembre 2008 un examen clinique qui n'a pas révélé d'anomalies neurologiques significatives. Il a fait procéder à des radiographies standards de la colonne cervico-dorsale et à une IRM cervico-dorsale. Il n'est apparu aucune lésion significative de la colonne cervicale, hormis une certaine rectitude cervicale. Au niveau de la colonne dorsale, il a été relevé des séquelles d'un petit enfoncement du plateau supérieur de D12, sans troubles statiques secondaires associés (cf. rapport du 8 octobre 2008). L'intimée retient dès lors que les plaintes du recourant ne reposent sur aucun trouble physique objectivable qui serait consécutif à l'accident du 20 octobre 2006. Sont considérés comme objectivables, les résultats de l'investigation médicale susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examineur ainsi que des indications données par le patient. On ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (TF 8C_311/2009 du 26 octobre 2009 et les arrêts cités; cf. ATF 134 V 109 consid. 9). Il s'ensuit que le dossier médical ne révèle pas d'atteintes structurelles traumatiques de l'accident du 20 octobre 2006. En d'autres termes, aucun déficit structurel organique permet de justifier les plaintes alléguées par le recourant. Cela étant, ce dernier fait valoir que la symptomatologie qu'il présente est typique d'un traumatisme de type "coup du lapin", se référant particulièrement au diagnostic d'entorse cervicale posé par le Dr S. _____. b) Il ressort du dossier que des cervicalgies sont apparues dans les 24 heures suivant l'accident. Quelques jours plus tard, le Dr S. _____ a posé le diagnostic d'entorse cervicale (cf. rapport du 27 octobre 2006). Il a par la suite précisé que le recourant présentait des cervicalgies consécutives à un Whiplash, survenues dans un contexte de dorsalgies liées à une ancienne fracture de tassement cunéiforme D12 (cf. rapport du 13 décembre 2006). En avril 2007, le Dr S. _____ a rapporté une récurrence de cervicalgies après une évolution initiale progressivement favorable et a mentionné un traitement par antalgiques et physiothérapie proprioceptive (cf. rapport du 20 avril 2007). Une année plus tard, il énonçait une amélioration progressive des cervicalgies et la poursuite du traitement (cf. rapport du 14 avril 2008). Dans son rapport du 24 juillet 2008, le Dr B. _____ a mentionné que l'assuré se plaignait d'une symptomatologie douloureuse de la nuque, d'intensité fluctuante, s'accompagnant parfois de courbatures et de céphalées occipitales. Il évoquait également une fatigue douloureuse, en particulier lorsque l'assuré conduisait, et parfois des réveils nocturnes. Le Dr B. _____ constatait finalement des plaintes assez semblables à celles recueillies par le Dr L. _____ en août 2006, à ceci près qu'elles s'étaient déplacées de la région dorso-lombaire à la nuque. Il estimait finalement que l'accident de 2006 n'avait apparemment laissé aucune séquelle vraiment objectivable. Lors d'un entretien en octobre 2010 entre le Dr B. _____ et l'assuré, ce dernier s'est

plaint de cervicalgies fréquentes irradiant vers les épaules, de limitations dans la conduite, de difficultés à se réveiller le matin et, pour la première fois, de malaises avec sensations vertigineuses. Il était en outre indiqué que le recourant ne suivait plus de traitement (cf. courrier du 29 octobre 2010). En octobre 2008, le Dr M. _____ retenait l'existence probable, entraînée par l'accident, d'une distorsion cervicale simple et d'une contusion rachidienne cervico-dorso-lombaire banale, sans évidence d'atteinte structurale du système nerveux et locomoteur. Dans son anamnèse, il mentionnait des troubles de la vision apparues une semaine et demi environ après l'accident. Il relevait également des plaintes de cervico-céphalalgies et une fatigabilité parallèlement à la possible augmentation des dorso-lombalgies séquellaires à l'accident de 2001. Il appert ainsi que le recourant a subi une entorse cervicale lors de l'accident de la circulation du 20 octobre 2006. Cependant, la question de savoir si les plaintes persistantes que le recourant attribue à un traumatisme du type "coup du lapin" au regard du tableau clinique caractéristique sont en lien de causalité naturelle avec l'accident peut demeurer indéterminée, l'existence d'un lien de causalité adéquate devant de toute manière être niée, comme il sera démontré dans ce qui suit.

4. Il y a dès lors lieu d'examiner la situation litigieuse à la lumière des principes posés par le Tribunal fédéral (ATF 117 V 359, précisé par l'ATF 134 V 109), eu égard à la spécificité du genre de traumatisme, et particulièrement de l'absence de lésion objectivable.

a) Dans l'arrêt 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité 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. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9). Par ailleurs, 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 (consid. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin" (consid. 9) et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé); - la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé); - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée); - l'intensité des douleurs (formulation modifiée); - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé); - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé); - l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée).

b) En l'espèce, l'intimée a estimé que le recourant avait été victime d'un accident de gravité moyenne, à la limite de l'accident de peu de gravité. Le recourant ne conteste pas cette qualification, à juste titre. En effet, la collision s'est produite dans un giratoire et il appert qu'elle n'a été que légère, la vitesse des véhicules impliqués n'étant pas élevée. Les circonstances concomitantes n'ont été ni dramatiques ni impressionnantes et les dommages occasionnés à la voiture dont le recourant était passager n'apparaissent que mineurs (pare-choc arrière endommagé; cf. rapport de police). Par ailleurs, le recourant n'a pas subi de lésions physiques graves ou particulières à la suite de cet événement. Il a été blessé au

bras droit et à la nuque. Les radiographies réalisées le jour même de l'accident n'ont pas révélé de lésions traumatiques significatives et les examens qui ont suivi n'ont pas mis en évidence d'anomalies significatives du système nerveux et locomoteur. On ne saurait au demeurant admettre, à l'instar du recourant, que toutes les lésions consécutives à un accident de type "coup du lapin" (Whiplash) revêtent inéluctablement une nature particulière. S'agissant du traitement médical, le Dr S. _____ a préconisé une physiothérapie adaptée intensive et une mobilisation proprioceptive cervicale (cf. rapport du 13 décembre 2006). Par la suite, le traitement a consisté en de la prise d'antalgiques et de la physiothérapie. A cet égard, le Dr M. _____ a constaté, lors de son examen en septembre 2008, que l'indication de la physiothérapie était un peu douteuse au vu du laps de temps écoulé depuis l'événement accidentel et de l'absence d'anomalies significatives à l'examen neurologique et radiologique (cf. rapport du 8 octobre 2008). En octobre 2010, le Dr B. _____ a mentionné qu'il n'y avait plus de traitement (cf. courrier du 29 octobre 2010). Ainsi, on peut considérer que le traitement médical n'a pas été pénible et qu'il ne revêt pas un caractère anormalement long pour le type de lésions subies. En outre, aucune erreur médicale ni difficulté ou complication n'ont compromis la guérison. Le recourant a pu rendre rapidement son activité professionnelle à plein temps, soit dès le 25 octobre 2006. Une courte période d'incapacité de travail a été attestée du 26 mars au 4 avril 2007, en raison d'une récurrence des cervicalgies. L'incapacité de travail survenue en 2009 semble, quant à elle, résulter de l'accident du 25 avril 2009. Le recourant a au demeurant pris lui-même des mesures aux fins d'aménager au mieux sa situation à une activité adaptée. Il appert ainsi que le critère de l'importance de l'incapacité de travail en dépit d'efforts reconnaissables n'est pas rempli en l'espèce. En définitive, seule l'intensité des douleurs est à prendre en considération. Ce critère doit toutefois être relativisé en l'espèce dans la mesure où d'après le Dr B. _____, les plaintes sont atypiques, suggestives d'une composante psychogène aux troubles présentés (cf. courrier du 29 octobre 2010). En 2008, le Dr M. _____ s'étonnait de l'importance des troubles alors que ces derniers n'entraînaient pas d'incapacité de travail significative. De surcroît, les douleurs ont varié en intensité; une récurrence des cervicalgies n'est attestée qu'en avril 2007, puis deux ans plus tard à la suite d'un nouvel accident de la circulation. Le Dr B. _____ relatait en outre une symptomatologie douloureuse de la nuque d'intensité fluctuante avec parfois des courbatures, des céphalées occipitales et des réveils nocturnes (cf. rapport du 24 juillet 2008). Dès lors, eu égard à l'ensemble des circonstances du cas, le critère de l'intensité des douleurs ne revêt pas, à lui seul, une importance telle qu'il permette de retenir l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 20 octobre 2006 et les cervicalgies et autres troubles présentés par le recourant au-delà du 23 mars 2011. Il s'ensuit que la CNA était dès lors en droit de mettre un terme à ses prestations dès cette date. 5. Les éléments au dossier sont clairs, dénués de contradiction et permettent à la Cour de statuer. L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c; 120 Ib 224 consid. 2b; 119 V 335 consid. 3c et la référence; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008

consid. 3 et les références). 6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par la CNA. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 28 juin 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Astyanax Peca (pour Q. _____) ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents - Office fédéral de la santé publique par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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