

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 217 vom 12. März 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-03-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__217

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 217 du 12 mars 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 217 del 12 marzo 2014

Regeste

ACCIDENT, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, RUPTURE DU LIEN DE CAUSALITÉ, TRAUMATISME CERVICAL | 10 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 11 OLAA

Erwägungen

E. 12

mars 2014 _____ Présidence de M. Métral Juges : M. Merz et M. Gerber, juge suppléant Greffière : Mme Berseth Bébox ***** Cause pendante entre : Q. _____, à Vevey, recourant, représenté par Me Damien Hottelier, avocat à Monthey et Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. _____ Art. 4, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 6 a. 1, 10 al. 1 et 19 a. 1 LAA ; 11 OLAA E n f a i t : A. Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé de la société W. _____ SA, à [...], et travaillait en tant que poseur de signalisation routière. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non-professionnels. Le 1^{er} mars 2010 à 8 heures, l'assuré conduisait la camionnette de son employeur sur l'autoroute. En raison d'un bouchon, il a effectué un freinage bien appuyé. Avant d'être à l'arrêt, sa camionnette a été emboutie à l'arrière par un camion semi-remorque. Celui-ci circulait à environ 80 km/h avant le freinage d'urgence. L'assuré a été projeté en avant contre le pare-brise et a fracturé la clé de contact avec le genou. Selon le rapport de la Gendarmerie du canton de Vaud du 1^{er} mars 2010, l'assuré ne faisait pas usage de la ceinture de sécurité. Suite au choc, l'assuré a déplacé son véhicule sur la bande d'arrêt d'urgence. Il a déclaré aux gendarmes avoir des douleurs à la nuque, à la tête, au front et aux deux jambes. Il a été transporté en ambulance aux urgences du Centre hospitalier P. _____ (ci-après : Centre hospitalier P. _____) où il a séjourné en observation quelques heures. Selon le rapport médical du 14 avril 2010 de la Dresse C. _____, médecin assistant au Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier P. _____, l'assuré a subi un traumatisme cranio-cérébral avec perte de connaissance et amnésie circonstancielle peu claire. Il se plaignait de nuchalgies importantes. Un examen par CT-scan n'a mis en évidence ni lésions traumatiques du cerveau, ni fracture du crâne, ni fracture des cervicales. La Dresse C. _____ a diagnostiqué une contusion frontale avec nuchalgies, un traumatisme du rachis sans déficit et une contusion de la cheville droite ; elle a remis à l'assuré une collerette mousse et lui a prescrit des antalgiques. L'assuré a repris le travail à plein-temps le 12 mars 2010. Les cervicobrachialgies ayant persisté, une IRM cervicale a été réalisée en date du 19 août 2010. Selon le rapport médical intermédiaire du 16 septembre 2010 du Dr M. _____, spécialiste en rhumatologie et en

médecine interne générale, l'assuré souffrait d'un syndrome cervical C7 post-traumatique. Le traitement consistait uniquement en physiothérapie. Le 23 mai 2011, l'assuré a consulté en urgence le Dr M. _____ pour une cervicobrachialgie aiguë. Selon le rapport du Dr M. _____ du 23 juin 2011, la cervicobrachialgie était de caractère post-traumatique. Le praticien a procédé à une infiltration facettaire et a ordonné un arrêt de travail de deux jours ainsi qu'un traitement par physiothérapie. A la demande du Dr M. _____, l'assuré a été examiné le 1er juin 2011 par le Dr V. _____ spécialiste en neurologie. Selon le rapport du 15 juin 2011 du Dr V. _____, l'assuré a subi un « Whiplash sévère », dont un syndrome irritatif C6-C7 persistait avec un léger déficit sensitif C6-C7. Le neurologue rapportait que l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cervicale du 19 août 2010 avait mis en évidence une discopathie modérée C3-C4 et C6-C7 avec protrusion médiane sans conflit discoradiculaire évident. Il constatait qu'une infiltration dans la région interépineuse C7 à gauche avait partiellement soulagé l'assuré. Il souscrivait à une telle indication, mais ne recommandait pas d'autre examen tel qu'un électromyogramme (EMG) ou une IRM. A la demande du Dr S. _____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie, l'assuré a été examiné en date du 2 septembre 2011 par le Dr L. _____, spécialiste en neurologie. Selon le rapport du Dr L. _____ du 5 septembre 2011, l'assuré a très vraisemblablement subi un mouvement d'extension/flexion forcée de la nuque avec possible brève perte de connaissance. A son avis, il ne faisait guère de doute que l'assuré avait été victime d'une distorsion cervicale simple de degré II selon la Québec Task Force, sans évidence d'atteinte structurelle du système locomoteur et nerveux. L'examen clinique complété par une électroneuromyographie (ENMG) ne révélait pas d'atteinte neurologique significative, qu'il s'agisse d'une atteinte encéphalique, médullaire, radiculaire ou du nerf cubital sur tout son trajet depuis le coude. Les plaintes au niveau du membre supérieur gauche paraissent entrer dans le cadre du syndrome post-distorsion cervicale avec les éléments subjectifs habituels. Le Dr L. _____ relevait qu'il n'avait pas eu accès aux radiographies de la colonne cervicale ; il déclarait néanmoins avoir pris note du fait que l'IRM cervicale réalisée le 19 août 2010 n'avait pas révélé de lésions post-traumatiques, mais avait démontré des discopathies modérées C3-C4, C4-C5 et C6-C7 avec protrusions médianes, donc des altérations dégénératives discovertébrales pluri-étagées modérées avec protrusions médianes sans évidence de compression radiculaire ou médullaire. Vu la persistance d'une gêne majeure, il suggérait d'adresser l'assuré à une consultation interdisciplinaire de la douleur. Il déclarait ne pas avoir d'autre suggestion thérapeutique, si ce n'était la poursuite du traitement par anti-inflammatoire et physiothérapie. L'assuré a eu une exacerbation des douleurs le 28 septembre 2011, qui a entraîné une incapacité de travail du 29 septembre au 2 octobre 2011. Il a repris le travail à plein-temps le 3 octobre 2011. Selon le rapport du médecin généraliste traitant, le Dr G. _____, l'assuré souffrait d'un syndrome irritatif C6-C7 avec un léger déficit sensitif C6-C7. L'évolution était marquée par une lente amélioration avec une récurrence par intermittence de douleurs cervicobrachiales. Dans un rapport du 15 novembre 2011, le Dr M. _____, qui avait examiné l'assuré le 25 octobre 2011, notait la présence d'une hypomobilité en C5-C6 et C6-C7 avec zone d'irritation concordante à gauche ainsi qu'une hypoextensibilité de l'angulaire de l'omoplate. L'évolution était caractérisée par la persistance d'un syndrome cervicobrachial C6 irritatif gauche post-traumatique. Malgré un traitement par infiltrations facettaires, physiothérapie et médicaments, la situation n'était pas stabilisée. Le praticien préconisait une consultation avec prise en charge par un spécialiste en antalgie à l'hôpital de [...], afin d'effectuer une rhyzolyse par radiofréquence,

à visée de test thérapeutique. A la demande du médecin d'arrondissement de la CNA, l'assuré a été réexaminé le 12 mars 2012 par le Dr L._____. Selon le rapport du 13 mars 2012 de celui-ci, la situation subjective et objective de l'assuré était superposable à celle observée lors de l'examen du 2 septembre 2011, sans aggravation ni amélioration. Le traitement conservateur habituel restait toujours inefficace. Le patient frappait par une attitude collaborante, mais très tendue. Sur le plan thérapeutique, le Dr L._____ pensait, sans trop y croire, que l'on devrait tenter une infiltration péridurale, voire d'autres mesures telles qu'une neurotomie par radiofréquence. En ce qui concernait la relation de causalité entre les plaintes persistantes et l'événement du 1^{er} mars 2010, il était clair qu'il existait une certaine discordance entre l'importance effective du traumatisme et la durée des plaintes. Cette discordance pouvait au moins partiellement s'expliquer, d'une part, par la présence d'altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées préexistantes et, d'autre part, par la personnalité du sujet. On devait néanmoins admettre qu'une proportion importante de patients continuait à se plaindre de douleurs cervicales même après un traumatisme relativement modeste tout en continuant à travailler normalement. Il semblait néanmoins que chez l'assuré, l'importance des plaintes dépassait ce que l'on observait habituellement dans ce contexte. Le Dr R._____, spécialiste en anesthésiologie, a communiqué le 3 mai 2012 à la CNA que l'assuré était opposé à une infiltration épidurale lombaire de corticoïdes, craignant d'éventuelles complications et doutant du bénéfice à long terme d'un tel geste. L'assuré a été examiné le 8 juin 2012 par le Dr S._____, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport médical du même jour, le praticien a constaté qu'objectivement, la musculature paravertébrale et le chef supérieur du trapèze étaient un peu sensibles à la palpation au niveau de C6-C7, mais n'étaient pas particulièrement tendus. La mobilité de la nuque était conservée. La mobilisation entraînait de légères douleurs cervicales. Les mouvements combinés ne provoquaient aucune douleur dans les membres supérieurs. La trophicité et la force musculaires étaient conservées à tous les niveaux. L'assuré décrivait une légère hypoesthésie des deux derniers doigts de la main gauche, mais l'examen du nerf cubital au passage du coude et du poignet ne révélait rien de particulier. Il était possible que les douleurs rapportées soient en relation avec une discopathie C6-C7, mais il n'y avait pas d'atteinte radiculaire prouvée, tant du point de vue clinique qu'électrophysiologique. Cette discopathie était clairement antérieure à l'accident, qui l'avait possiblement rendue symptomatique. N'ayant toutefois entraîné aucune lésion qu'on puisse directement lui rapporter, l'accident ne saurait déployer indéfiniment des effets et le statu quo sine était certainement atteint depuis longtemps. Une certaine fluctuation de l'ampleur des plaintes et de leur retentissement allait également dans ce sens. B. Le 25 juin 2012, la CNA a rendu une décision par laquelle elle a mis un terme à toutes les prestations de l'assurance-accidents dès ce jour-là au soir, réfutant tout droit à d'autres prestations d'assurance, au motif que le statu quo sine était atteint au plus tard ce même jour. En raison d'une erreur de date, cette décision a été remplacée par une nouvelle décision du

E. 13

juillet 2012, matériellement identique à celle du 25 juin 2012 et mettant un terme à toutes les prestations de l'assurance-accidents dès le 25 juin 2012 au soir. Le 19 juillet 2012, la caisse maladie B._____ a fait opposition à titre provisoire contre la décision 13 juillet 2012. Elle a retiré son opposition en date du 31 juillet 2012, au motif qu'après lecture du dossier, elle avait pu constater que l'incapacité de travail de l'assuré était due à une maladie. Par acte du 25 juillet 2012, l'assuré a fait opposition contre la décision du 13 juillet 2012, requérant son annulation et le versement des prestations d'assurance-accidents sollicitées

sans interruption. Relevant notamment qu'avant l'accident de circulation dont il avait été victime, il n'avait jamais été en arrêt de travail, il a contesté avoir atteint l'état de santé qui aurait été le sien sans l'accident. Le 3 septembre 2012, il a confirmé son opposition, estimant que son état était bien en lien de causalité avec l'accident du 1^{er} mars 2012. Il a présenté une attestation médicale établie le 16 août 2012 du Dr G. _____, qui relevait que son patient ne présentait pas de douleurs cervicales avant son accident du 1^{er} mars 2010, que l'évolution clinique était défavorable, car la douleur cervicale persistait avec exacerbation périodique motivant quelques arrêts de travail de courte durée, que la mobilisation de la colonne cervicale et du membre supérieur gauche entraînait de la douleur cervicale et que l'assuré se plaignait d'une hypoesthésie au niveau du membre supérieur gauche. Par décision sur opposition du 12 septembre 2012, la CNA a écarté l'opposition et confirmé la décision du 13 juillet 2012. C. En date du 12 octobre 2012, Q. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Canton de Vaud contre la décision sur opposition rendue par la CNA le 12 septembre 2012. Il conclut à l'annulation de cette décision et à la poursuite des prestations de l'assurance-accidents. Au titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale et d'une audition publique. Dans sa réponse du 11 février 2013, la CNA conclut au maintien de la décision attaquée. Elle s'oppose à l'ordonnancement d'une expertise médicale au motif que la relation de causalité adéquate doit être niée. Elle estime par ailleurs une audition publique inutile pour trancher la question du lien de causalité naturelle ou adéquate. Dans sa réplique du 15 mars 2013, le recourant maintient ses conclusions. La Cour a tenu une audience de jugement en date du 12 mars 2014. E n d r o i t : 1. a) Selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), 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, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, est susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable à la forme. 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) Est litigieuse la question de savoir si la CNA était fondée à mettre un terme dès le 25 juin 2012 à toutes les prestations d'assurance en lien avec l'accident survenu le 1^{er} mars 2010. 3. 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. 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 (art. 4 LPGA). Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b) et aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré ; les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.201] ; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents, art. 21 LAA ; TF 8C_269/2008 du 27 octobre 2008, consid. 2.2 ; 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009, consid. 5.3).

4 . a) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2 ; 8C_86212008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Enfin, 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 (« appréciation

anticipée des preuves » ; 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). b) Le recourant demande l'administration d'une expertise. Il fait valoir qu'une expertise pluridisciplinaire fait défaut, alors que la jurisprudence (ATF 134V 109) la requiert pour l'examen de la causalité naturelle en cas de douleurs longues et durables sans lésion objectivable. Or, même si le lien de causalité naturelle était encore admis, le rapport de causalité adéquate avec l'accident du 1^{er} mars 2010 devrait, comme nous le verrons plus loin, être nié. Il n'y a donc pas lieu d'instruire plus avant le lien de causalité naturelle, de sorte que la demande d'expertise judiciaire pluridisciplinaire doit être rejetée. 5. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art.

E. 18

al. 1 LAA (ATF 134 V 109, consid. 4.1 ; 133 V 57 consid. 6.6.2). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109, consid. 4.3, et les références). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109, consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas d'amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée. L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (TFA, U 244/04, in RAMA 2005 n° U 557 p. 388, consid. 3.1, et les références ; TF 8C_29/2010 du 27 mai 2010, consid. 4.2). En l'espèce, le recourant a retrouvé rapidement une pleine capacité de travail, sous réserve de quelques incapacités totales de travail de quelques jours chacune, en raison des douleurs. La principale mesure thérapeutique, hormis la physiothérapie, envisagée par les Drs L. _____ et R. _____, à savoir une infiltration périurale, a été refusée par le recourant. Certes, dans son rapport du 13 mars 2012, le Dr L. _____ songeait aussi à des mesures telles qu'une neurotomie par radiofréquence, mais il déclarait ne pas « trop y croire ». Il n'y avait donc pas, avec une vraisemblance prépondérante, à attendre de la continuation du traitement par physiothérapie ou d'un autre traitement une amélioration sensible de l'état de santé du recourant. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières avait donc cessé en date du 25 juin 2012. 6. L'assurance a mis un terme à la prise en charge des prestations dès le 25 juin 2012 inclus, au motif que le statu quo sine était atteint. Le recourant conteste cette appréciation. Il estime que les douleurs sont encore dans un lien de causalité naturelle avec l'accident du 1^{er} mars 2010. a) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine

qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177, consid. 3.1 ; 129 V 402, consid. 4.3.1 ; 119 V 335, consid. 1 ; 118 V 286, consid. 1b, et les références).

b) 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 tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (arrêt 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 6.1, et les références). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335, consid. 1 ; 117 V 359 consid. 4b). La jurisprudence a posé diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue. Elle a considéré, en particulier, qu'une expertise pluridisciplinaire est indiquée si l'état de santé de la personne assurée 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 (ATF 134 V 109, consid. 9). En l'espèce, le recourant s'est plaint de nuchalgies importantes lors de son séjour au Centre hospitalier P. _____ après qu'il y ait été transporté par ambulance suite à l'accident le 1^{er} mars 2010. La Dresse C. _____ a rapporté une « perte de connaissance et amnésie circonstancielle peu claire », même si les déclarations du recourant enregistrées par la Gendarmerie vaudoise sur le lieu de l'accident n'en font pas état. Les conditions jurisprudentielles pour admettre que l'incapacité de travail immédiatement consécutive à l'accident du 1^{er} mars 2010 était dans un lien de causalité naturelle avec celui-ci sont remplies.

c) Selon la décision attaquée, le statu quo sine est atteint depuis longtemps. L'intimée s'est fondée principalement sur la déclaration du Dr S. _____ du 8 juin 2012, selon lequel il était possible que les douleurs rapportées soient en relation avec une discopathie C6-C7 mise en évidence par une IRM cervicale en date du 19 août 2010. Selon le Dr S. _____, cette discopathie était clairement antérieure à l'accident. Dans son recours, l'assuré ne conteste pas que la discopathie constatée par IRM le 19 août 2010 était de nature dégénérative et préexistait à l'accident du 1^{er} mars 2010 (cf. acte de recours p. 4, pt 15 : « des lésions dégénératives modérées sont détectées dans une IRM pratiquée le 19 août 2010 »). Dans sa réplique du 15 mars 2013, le recourant remet toutefois en question cette évaluation, en déclarant que l'avis du Dr S. _____ n'était pas motivé et qu'aucun autre médecin consulté n'avait avancé cette possibilité. Or, le Dr L. _____ avait déclaré dans son rapport du 13 mars 2012 que la discordance entre l'importance effective du traumatisme et la durée des plaintes pouvait s'expliquer d'une part par la présence d'altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées préexistantes et d'autre part par

la personnalité du recourant. La qualification de la discopathie comme une atteinte préexistante à l'accident du 1^{er} mars 2010 était donc partagée par les Dr S. _____ et Dr L. _____. Par ailleurs, aucun des médecins traitants du recourant n'a pris position dans le sens que la discopathie diagnostiquée par l'IRM du 19 août 2010 serait d'origine accidentelle. De plus, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335, consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 5v., consid. 3b). Enfin, ni le Dr S. _____ ni le Dr L. _____ ne soutiennent que les douleurs ressenties par le recourant sont, avec une vraisemblance prépondérante, liées à la discopathie. Selon le Dr S. _____, il ne s'agit que d'une possibilité. De même, le Dr L. _____ mentionne cette explication pour les douleurs comme une possibilité, au même titre que la personnalité du recourant. Selon le rapport Dr S. _____ du 8 juin 2012, l'accident ne saurait déployer indéfiniment des effets et le statu quo sine était certainement atteint depuis longtemps. La question du lien de causalité naturelle entre l'accident du 1^{er} mars 2010 et les plaintes du recourant subsistant lors de la clôture du cas le 25 juin 2012 peut néanmoins rester indécise, car même si ce lien de causalité naturelle devait être considéré comme maintenu à cette date, la causalité adéquate ne serait pas remplie. 7. Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, 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). Selon la jurisprudence, 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 ; 129 V 402, consid. 2.2 ; 125 V 456, consid. 5a, et les références). a) En cas d'atteinte à la santé physique, le lien de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102, consid. 5b/bb, 118 V 286, consid. 3a). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des atteintes sans preuve d'un déficit organique. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : • les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; • la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; • la durée anormalement longue du traitement médical ; • les douleurs physiques persistantes ; • 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 ; • le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (ATF 115 V 133 consid. 6c. ; 115 V 403 consid. 5c). b) Selon la jurisprudence, on peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examen radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010, consid. 5.3 ; 8C_216/2009 du 28 octobre 2009, consid. 2 et les références). En l'espèce, il ressort tant des rapports médicaux que de l'IRM cervicale du 19 août 2010, que l'accident du 1^{er} mars 2010 n'a

entraîné aucune lésion traumatique ou complication. Les douleurs et l'hypoesthésie des deux derniers doigts de la main gauche dont le recourant se plaint ne peuvent donc pas être considérées comme des conséquences organiques objectivement avérées de l'accident. c) Il convient dans un premier temps d'analyser la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. Pour 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. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (TFA U 214/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.3). Selon le rapport de police du 1^{er} mars 2010, le recourant, qui roulait à environ 60 km/h sur la voie de droite de l'autoroute, était suivi par un camion semi-remorque roulant à environ 80 km/h. En raison d'un bouchon, le recourant a effectué un freinage bien appuyé. Avant d'être à l'arrêt, l'arrière de son véhicule a été heurté par l'avant du camion qui suivait, malgré le freinage d'urgence effectué par le chauffeur de celui-ci. Le recourant a ressenti un très fort choc. Le véhicule du recourant n'a pas percuté le véhicule qui le précédait. Le recourant a déplacé sa camionnette sur la bande d'urgence et a pu s'extraire de son véhicule. Bien qu'il n'utilisait pas sa ceinture de sécurité et qu'il ait cassé la clef de contact avec son genou lors du choc, l'assuré n'a pas subi de lésion traumatique. Selon la jurisprudence (TFA U 380/04 du 15 mars 2005, in RAMA 2005 no U 549 p. 236, consid. 5.1.2 ; TF 8C_633/2007 du 7 mai 2008 consid. 6.2 in fine et 8C_135/2011 du 21 septembre 2011, consid. 6.1.1) une collision ordinaire avec un véhicule à l'arrêt est considérée en règle générale comme un accident de gravité moyenne, voire à la limite du cas bénin. Même si le véhicule du recourant n'était pas encore à l'arrêt au moment de la collision, cette jurisprudence s'applique au cas d'espèce puisque le mouvement du véhicule du recourant a contribué à réduire l'intensité du choc. Vu les circonstances du cas d'espèce, et en particulier le poids du véhicule ayant embouti la camionnette du recourant, il faut considérer l'accident comme étant de gravité moyenne. Le seul fait que le véhicule fautif ait été un camion semi-remorque ne suffit en revanche pas pour conclure à la qualification d'accident grave, ni même d'accident de gravité moyenne à la limite d'un accident grave. D'ailleurs, l'absence de lésions physiques lors de l'accident, malgré le fait que le recourant ne faisait pas usage de sa ceinture de sécurité, ne rend pas vraisemblable l'existence d'un choc d'une violence extrême, contrairement à ce que le recourant soutient. En présence d'un accident de gravité moyenne qui n'est à la limite ni d'un accident grave ni d'un accident de peu de gravité, il faut soit que trois critères se vérifient, sans que ceux-ci ne doivent l'être avec une intensité particulière, soit que l'un des critères soit rempli avec une intensité particulière (TF 8C_996/2010 du 14 mars 2011, consid. 7. 3 ; 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5). d) En l'espèce, seul le critère des douleurs physiques persistantes pourrait être considéré comme rempli. Même si le véhicule du recourant a été embouti par un camion semi-remorque, l'accident n'avait pas un caractère particulièrement impressionnant. Contrairement à ce que le recourant soutient, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'est pas non plus rempli : il ne suffit pas que le recourant ait accompli des efforts pour conserver son travail pour remplir ce critère, car, en raison de l'absence de lésions physiques, les incapacités de travail dues aux douleurs cervicales ne sont pas déterminantes. Quant aux autres critères, ils ne sont manifestement pas remplis. e) Un seul critère ne suffit pas pour admettre le lien de causalité adéquate en cas d'accident de gravité moyenne. 8. Il faut relever que l'examen de la causalité adéquate n'aboutirait pas à un résultat différent si, eu égard aux déclarations du Dr L. _____ relevant que la personnalité du recourant pouvait

expliquer les douleurs subsistantes, il fallait envisager la présence d'une atteinte psychique qui ne relèguerait pas au second plan les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral. Dans une telle hypothèse, il faudrait appliquer les critères de l'ATF 134 V 109, à savoir : • 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). Lors de l'examen de ces critères, il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367, consid. 6a ; RAMA 1999 U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Pour qu'un assuré puisse se prévaloir de l'intensité des douleurs, il faut que, durant le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA), des douleurs importantes aient existé, sans interruption conséquente. L'importance se mesure sur la base de la crédibilité des douleurs et sur les empêchements provoqués par les douleurs dans la vie de tous les jours pour la personne accidentée. En l'espèce, le recourant a continué à exercer sa profession sans interruption entre le 12 mars 2010 et le 23 mai 2011. Même s'il continuait à se plaindre de douleurs selon le rapport médical intermédiaire du 16 septembre 2010 du Dr M. _____, il ne ressort pas du dossier que les douleurs aient constitué un empêchement important dans la vie de tous les jours jusqu'en mai 2011. Il n'y a donc pas lieu d'admettre que le critère de l'importance des douleurs ait été rempli sans interruption entre l'accident et la clôture du cas. Par ailleurs, même si le recourant a accompli des efforts reconnaissables pour continuer à exercer son travail, les quelques épisodes d'incapacité de travail après la reprise du travail le 12 mars 2010 ne démontrent pas une incapacité de travail importante. Enfin, le critère du caractère impressionnant de l'accident ne saurait être admis, comme relevé plus haut. Cela étant, aucun des critères permettant de vérifier le lien de causalité adéquate en cas d'atteinte psychique ne reléguant pas au second plan les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin » n'est rempli. 9. Le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure devant le tribunal cantonal des assurances étant gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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