

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 614 vom 17. Juli 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-07-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2015\\_\\_614](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__614)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 614 du 17 juillet 2015

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 614 del 17 luglio 2015

### Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, AA, LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT, CAUSALITÉ NATURELLE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, LÉSION DU MÉNISQUE, REJET DE LA DEMANDE, LÉSION DES TENDONS | 19 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 6 al. 2 LAA, 6 LAA, 4 LPGA, 9 al. 2 let. c OLAA, 9 al. 2 let. f OLAA, 9 al. 2 OLAA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 17.07.2015 Arrêt / 2015 / 614

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, AA, LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT, CAUSALITÉ NATURELLE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, LÉSION DU MÉNISQUE, REJET DE LA DEMANDE, LÉSION DES TENDONS | 19 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 6 al. 2 LAA, 6 LAA, 4 LPGA, 9 al. 2 let. c OLAA, 9 al. 2 let. f OLAA, 9 al. 2 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 25/13 - 74/2015 ZA13.009899 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 17 juillet

2015 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Röthenbacher , présidente M.

Neu, juge, et M. Gerber, juge suppléant Greffière : Mme Rossi \*\*\*\*\* Cause

pendante entre : C. \_\_\_\_\_ , à [...] (France), recourant, représenté par Me Marlyse Cordonier, avocate à Genève, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. \_\_\_\_\_

Art. 4 LPGA ; 6 et 19 al. 1 LAA ; 9 al. 2 OLAA. E n f a i t : A. C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, était employé comme monteur en chauffage par [...] SA à [...] depuis juin 2011. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 25 août 2011 lors du retour au domicile en France vers 17 h 45, la voiture de l'assuré, roulant entre 80 et 90 km/h avant le freinage d'urgence, est entrée en collision avec une autre automobile qui, venant de la gauche, s'était engagée sur l'intersection après avoir redémarré d'un stop en violant la priorité de l'assuré. Celui-ci est ensuite sorti de son véhicule. Il a été transporté par les pompiers au Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_, se plaignant de douleurs au poignet droit, au torse et au genou droit. Selon le rapport de sortie, le bilan lésionnel constaté aux urgences était une entorse cervicale, une contusion de la paroi thoracique antérieure, ainsi qu'une contusion au poignet droit avec douleur en regard du scaphoïde. L'examen avait montré uniquement une douleur au tiers supérieur du sternum, au poignet droit et une petite ecchymose à la rotule droite, mais aucune douleur du rachis – en particulier du rachis cervical –, des côtes, du bassin, ni des membres inférieurs. Selon le certificat établi le 25 août 2011 par le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin aux urgences du Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_, les lésions entraînaient, sauf

complications, une incapacité temporaire totale de six jours et un arrêt de travail professionnel de neuf jours. L'assuré a été mis en incapacité totale de travail à partir du 25 août 2011. Le 12 septembre 2011, il a tenté de reprendre le travail, mais a dû cesser en raison de douleurs insupportables au dos. Selon le rapport dressé le 5 septembre 2011 par le Dr K. \_\_\_\_\_ du Centre d'imagerie médicale [...], une radiographie du rachis cervical a mis en évidence une image séquellaire d'une entorse cervicale. Il existait en effet une augmentation de l'écart épineux C5-C6 avec une petite antélisthésis C5-C6. Aucune lésion osseuse n'était constatée. Quant à la radiographie du poignet droit, elle ne montrait pas d'anomalie. Un scanner lombaire a été réalisé le 14 septembre 2011 au Centre hospitalier S. \_\_\_\_\_, car l'assuré décrivait depuis 48 heures des lombo-sciatalgies invalidantes avec de grosses difficultés pour conduire. Le canal lombaire est apparu de diamètre normal, sans processus intra-canalaires. Au niveau L4-L5, un débord discal postérieur qui venait au contact avec les racines L5 bilatérales a été constaté, sans image de hernie discale évidente. Un signe discret d'arthrose débutante au niveau des articulations postérieures au niveau L4-L5 et L5-S1 a été relevé. Lors d'un entretien téléphonique avec l'inspecteur de la CNA le 28 septembre 2011, l'assuré a rapporté avoir été blessé essentiellement aux cervicales, ainsi qu'aux lombaires, et n'avoir pas eu de perte de connaissance (« juste un petit blanc sur les circonstances »). Sur le moment, il avait ressenti une douleur au torse, au poignet droit, à l'épaule gauche en raison de la ceinture et au genou droit. Ce n'était que dans les trois à quatre jours après l'accident que les problèmes de nuque et du bas du dos à gauche s'étaient manifestés, notamment sous forme de pincements. Il avait aussi vu apparaître une compression et une électrisation dans la nuque lors d'efforts. Il y avait déjà une bonne amélioration et les douleurs diminuaient. Le genou droit était en ordre et ne causait presque plus de douleurs. L'assuré a indiqué avoir porté une minerve continuellement pendant dix jours, puis selon les moments ou les activités. Il avait eu des vertiges durant environ une semaine, mais tout était rentré dans l'ordre par la suite. Il avait essayé de reprendre le travail, mais il avait dû tout cesser après une à deux heures et était resté bloqué au bas du dos pendant trois jours. Selon le rapport médical du 5 octobre 2011 du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, l'assuré a heurté l'appuie-tête avec sa tête. Il a eu un trou de mémoire durant la période de l'accident et pendant les quatre à cinq minutes qui avaient suivi, des douleurs à la nuque dans les 72 heures et des troubles du sommeil dans les 24 heures. Ce médecin a relevé que tous les mouvements de la tête étaient douloureux et limités. Les douleurs étaient aussi présentes au repos. Des douleurs dorso-lombaires et des paresthésies des membres supérieurs étaient constatées. Le diagnostic de douleurs de nuque et de troubles ostéo-musculaires (degré 2 QTF) était retenu. Une IRM cervicale a été réalisée le 24 octobre 2011. Elle a mis en évidence un hyposignal discal dégénératif C3-C4, C5-C6 et C6-C7, sans débord discal significatif. Le Dr N. \_\_\_\_\_ du Service d'imagerie médicale de la Clinique P. \_\_\_\_\_, à [...], a conclu à la rectitude du rachis cervical et à l'absence de formation herniaire. Une arthrographie et un arthro-scanner de l'épaule gauche effectués le 28 novembre 2011 ont mis en évidence – selon le rapport du même jour du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiodiagnostic et imagerie médicale – une petite rupture punctiforme presque transfixiante à l'union sus-sous épineux, ainsi qu'une probable petite lésion punctiforme associée de l'intervalle des rotateurs. Le 23 décembre 2011, X. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : X. \_\_\_\_\_ SA), a informé la CNA que son médecin-conseil, le Dr Q. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, considérait, sur la base du dossier, que l'assuré présentait un important état antérieur, soit une discopathie C3-C4-C5-C6-C7, une arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'au niveau L4-L5 un débord postérieur qui venait au contact avec

les racines L5 bilatérales. De l'avis du Dr Q.\_\_\_\_\_, seules une raideur cervicale temporaire et une petite déchirure du sous-épineux, qui aurait dû être cicatrisée depuis quelque temps déjà, pouvaient, sous réserve d'investigations plus approfondies, être admises comme étant en relation avec l'accident du 25 août 2011. Au-delà du mois de janvier 2012, aucune incapacité de travail n'avait lieu d'être admise. Selon le rapport du 11 janvier 2012 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, l'examen pratiqué le même jour a montré une coiffe continente, une petite fissure à la jonction sus-épineux sous-épineux « mais très très modérée et bien entendu non chirurgicale chez ce patient de 34 ans ». L'élévation/abduction était à 90° avec des signes de conflit positif. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a prescrit un traitement médical de la tendinopathie post-traumatique avec une rééducation intensifiée et une infiltration sous-acromiale radioguidée. L'infiltration a été pratiquée le 31 janvier 2012. Le 22 mai 2012, le Dr T.\_\_\_\_\_ a certifié que l'assuré présentait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et que cette pathologie pouvait être mise dans les suites d'un accident de travail d'août 2011. Le 21 février 2012, l'assuré a été examiné par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant de la CNA. Ce praticien a constaté qu'objectivement, l'assuré présentait une boiterie caricaturale, qu'il se tenait penché en avant et sur le côté droit, et qu'il montrait une station monopodale presque exclusivement droite. Quelques signes de conflit, ainsi qu'une limitation de mobilité modérée, étaient présents à l'épaule gauche, sans résidu visible au niveau du poignet droit. Le tableau lombaire était également non déficitaire. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un probable traumatisme crânien et une entorse cervicale de degré 1 à 2, des contusions du poignet droit et du thorax antérieur droit, et une probable contusion de l'épaule gauche, ainsi que, comme diagnostics complémentaires, des lombalgies avec possibles irritations sciatiques gauches non déficitaires, une obésité, un tabagisme et un probable syndrome d'amplification. Il a notamment mentionné que les radiographies du 5 septembre 2011 montraient une persistance de la rectitude concernant les cinq corps vertébraux proximaux, avec toujours la même angulation entre C5 et C6. Ce médecin a préconisé une hospitalisation à la Clinique V.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Clinique V.\_\_\_\_\_), craignant surtout un déconditionnement par rapport à l'activité antécédente. Il soupçonnait un syndrome d'aggravation, qui se manifestait surtout au niveau de l'épaule gauche à la moindre mobilisation et au niveau lombaire à toute sollicitation. L'assuré a séjourné du 7 mars au 4 avril 2012 à la Clinique V.\_\_\_\_\_, à [...], et y a subi divers examens. Le 10 avril 2012, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, et la Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont adressé au médecin d'arrondissement de la CNA leur rapport concernant l'assuré. Ils ont considéré que celui-ci avait besoin de thérapies physiques et fonctionnelles pour rachialgies. Les diagnostics supplémentaires étaient les suivants : lombalgies chroniques, douleurs persistantes à l'épaule gauche, tendinopathie chronique des supra-épineux des épaules, entorse cervicale de stade 2 QTF le 25 août 2011, troubles dégénératifs cervicaux discrets, contusions multiples le 25 août 2011 (poignet droit, épaule gauche, genou droit et paroi thoracique), hypoacousie droite en investigation, tabagisme actif et obésité. Les Drs L.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ont notamment relevé que les radiographies de la colonne cervicale du 25 août 2011 montraient une courbure dysharmonieuse, sans valeur pathologique en soi, et que des clichés fonctionnels réalisés le 5 septembre 2011 n'étaient pas interprétables, car le patient n'avait presque pas bougé. Ils ont retenu que l'assuré présentait des douleurs d'origine musculo-squelettique non spécifiques à de multiples

localisations (épaule gauche, lombaire, cervicales et genou droit) dans les suites de l'accident du 25 août 2011. Les examens complémentaires n'avaient pas mis en évidence de lésion traumatique. L'échographie avait montré la même tendinopathie chronique du supra-épineux aux deux épaules. L'IRM lombaire avait révélé une anomalie banale correspondant probablement à un petit angiome de D12, un canal lombaire de dimension normale et un discret débord sans signification clinique du disque L4-L5. L'assuré annonçait aussi des douleurs au genou droit qui le réveillaient la nuit, quatre à cinq blocages depuis l'accident, ainsi que des douleurs similaires à des coups de couteau qu'il cotait à 10/10 ; à l'examen, seule une douleur étendue plus marquée sur l'interligne articulaire interne avait été constatée. La prise en charge en physiothérapie avait permis une discrète amélioration de la condition physique globale du patient, mais elle n'avait eu aucun effet sur les douleurs. De multiples autolimitations avaient été notées au test de port de charges. La poursuite ambulatoire d'une physiothérapie active était prévue. Lors du séjour, il avait été discuté à plusieurs reprises avec l'assuré du fait que, face à l'absence de lésion organique traumatique démontrable, le cas pourrait passer prochainement en maladie, ce avec quoi l'assuré avait exprimé son désaccord. Une incapacité totale de travail dans la profession actuelle de monteur-ajusteur de systèmes mécaniques automatisés était reconnue du 7 mars au 6 juin 2012, date à laquelle l'assuré devait être revu par le Dr L. \_\_\_\_\_ pour des tests physiques et un contrôle. Le rapport précité se fondait notamment sur le document rédigé le 15 mars 2012 par la Dresse B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à la Clinique V. \_\_\_\_\_, à la suite du consilium psychiatrique de la veille. Ce médecin y indiquait que l'assuré présentait un syndrome douloureux après un accident de la voie publique. Elle ne retenait aucun diagnostic psychiatrique, mais soulignait que l'intéressé était très déstabilisé par ses douleurs et désireux d'explications répétées susceptibles de le rassurer. Le rapport du 10 avril 2012 tenait en outre compte des observations du Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie auprès de la Clinique V. \_\_\_\_\_, formulées dans le rapport établi le 26 mars 2012 à la suite du consilium de l'appareil locomoteur du 22 mars 2012. Selon ce document, l'assuré déclarait avoir commencé à se plaindre de l'épaule environ deux mois après l'accident. L'arthro-scanner du 28 novembre 2011 ne montrait que très peu d'anomalies. Sur une ou deux coupes, du produit de contraste apparaissait à la face inférieure du supra-épineux, sans être transfixiante. Cela était corroboré par un examen par ultrason de l'épaule gauche effectué le 21 mars 2012, qui n'avait mis en évidence que des signes modérés de tendinopathie chronique du sus-épineux des deux côtés sans bursite ; selon la Dresse J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie à la Clinique V. \_\_\_\_\_, le reste de l'examen était dans les limites de la norme. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ posait le diagnostic de conflit sous-acromial avec possible tendinopathie très modérée du supra-épineux gauche. Il estimait que l'on pouvait reconnaître que l'assuré puisse présenter pendant quelque temps des limitations concernant le travail (bras au-dessus de l'horizontale prolongé, bras en l'air, port de charges en porte-à-faux), mais qu'à terme, l'épaule ne devrait pas entraîner d'incapacité de travail de longue durée. Une IRM du genou droit a été réalisée le 26 avril 2012. Selon le Dr W. \_\_\_\_\_ du Service d'imagerie médicale de la Clinique P. \_\_\_\_\_, cet examen a mis en évidence une méniscopathie traumatique interne. Il y avait une fissuration de la corne postérieure du ménisque, oblique et ouverte vers la surface articulaire inférieure, d'allure traumatique. Ce médecin a conclu à un avis chirurgical. Il existait également une chondropathie rotulienne dégénérative du compartiment fémoro-patellaire de grade III. Lors d'un entretien le 8 mai 2012 à son domicile avec un inspecteur de la CNA,

l'assuré a déclaré toujours souffrir de douleurs au dos, à l'épaule gauche et de plus en plus au genou droit. Il présentait aussi une baisse de l'audition à l'oreille droite, atteinte pour laquelle il était en traitement. A ce dernier égard, un scanner des rochers avait été réalisé le 30 avril 2012. Selon le Dr K. \_\_\_\_\_, il y avait un comblement antro-mastoïdien et partiellement de la cavité tympanique évoquant plutôt un processus d'otite moyenne. Il n'y avait aucun trait de fracture. L'assuré a été réexaminé le 6 juin 2012 par le Dr L. \_\_\_\_\_ de la Clinique V. \_\_\_\_\_. Selon le rapport de ce médecin du 8 juin 2012, le patient rapportait des douleurs plutôt antéro-internes, voire antérieures ou externes du genou droit. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a ajouté qu'il avait montré l'IRM au Dr A. \_\_\_\_\_, chef du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en orthopédie. Celui-ci retenait une lésion oblique interne de la corne postérieure et précisait que ce type de lésion était aussi bien retrouvé dans les genoux symptomatiques qu'asymptomatiques. Il y avait en plus une petite formation kystique postérieure semblant s'ouvrir dans le ménisque et qui évoquait plutôt une lésion ancienne. Le Dr A. \_\_\_\_\_ soulignait l'absence de cohérence parfaite entre les données de l'examen clinique et l'imagerie, ainsi que celle de signe de souffrance du genou (œdème osseux). Selon le Dr L. \_\_\_\_\_, il fallait donc évaluer très soigneusement la situation avant de proposer une résection par voie endoscopique, d'autant plus qu'il y avait de multiples sites douloureux et que le contexte psycho-social était difficile. Il a indiqué qu'au niveau du dos, il n'y avait aucune progression fonctionnelle, mais au contraire des pertes. Tous les mouvements du tronc provoquaient une douleur lombo-fessière gauche. Pour ce qui concernait l'épaule gauche, il y avait selon l'assuré toujours une douleur et des limitations fonctionnelles. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé que le rapport entre la tendinopathie du supra-épineux bilatérale mise en évidence à l'échographie et le tableau clinique était loin d'être démontré. En prenant en considération tous les problèmes lors de l'examen, il n'avait pas d'autre choix que de prolonger l'incapacité de travail de l'assuré. Dans un rapport du 11 juin 2012, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique à [...], a relevé que l'IRM confirmait une lésion de la corne postérieure du ménisque. A son avis, il était difficile d'être catégorique sur le caractère purement post-traumatique et récent de la lésion. Il a proposé une arthroscopie, car l'assuré était gêné de façon importante avec un syndrome méniscal complet. Le 26 juin 2012, le Dr R. \_\_\_\_\_ a pris position comme suit sur le lien de causalité entre les troubles présentés par l'assuré et l'accident du 25 août 2011 : « [Question] Les troubles du genou droit sont-ils en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 25.8.2011 ? [Réponse] Non, il n'y a pas de plaintes concernant le genou droit après l'accident. Celles-ci apparaissent bien plus tard. [Question] En ce qui concerne l'épaule gauche, les troubles actuels sont-ils toujours en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 28.9.11 [recte: 25.8.11] ? [Réponse] Non, l'accident a cessé de déployer ses effets. [Question] Ou bien, l'accident du 28.9.11 [recte: 25.8.11] a-t-il aggravé ou rendu douloureux, au degré de la vraisemblance, un état antérieur ? [Pas de réponse] [Question] Dans cette éventualité, le statu quo sine a-t-il entre-temps été atteint ? [Réponse] Oui, après le dernier examen à la Clinique V. \_\_\_\_\_ du 6.06.12. » Le 4 juillet 2012, le Dr R. \_\_\_\_\_ a complété cette prise de position comme suit : « [Question] Les troubles du genou droit sont-ils en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 25.8.2011 ? [Réponse] Non. Cf. aussi rapport de consultation à [...] du 8.6.2012. Au plus il s'est agi d'une simple contusion avec un court pronostic de quelques jours, en dehors de toute causalité dans la genèse d'une éventuelle lésion méniscale. Ce qui figure dans la soumission du 26.06.2012 est également valable pour le

genou. » Le 1<sup>er</sup> août 2012, le Dr H. \_\_\_\_\_ a certifié que l'assuré présentait bien, comme l'IRM l'indiquait, une fissuration traumatique du ménisque et c'était pour cela [qu'il avait de] la peine dans le genou droit. La chondropathie rotulienne dégénérative n'y était pour rien. Le 7 août 2012, le Dr T. \_\_\_\_\_ a délivré un bon pour une infiltration sous-acromiale et articulaire de l'épaule gauche écho-guidée ou radioguidée. B. Par décision du 31 août 2012, la CNA a clos le cas avec effet au même jour, en mettant fin aux prestations d'assurance au motif qu'il n'y avait plus de séquelles de l'accident nécessitant un traitement. Les troubles du genou droit, qui motivaient une intervention chirurgicale, n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 25 août 2011. Par ailleurs, les autres troubles ne pouvaient plus s'expliquer, organiquement, comme étant des séquelles de cet accident. Les conditions pour admettre un lien de causalité adéquate n'étaient pas remplies en l'espèce. La CNA a en outre estimé que l'événement accidentel en tant que tel pouvait tout au plus être considéré comme ayant été de gravité moyenne. Le 25 septembre 2012, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation à [...], a certifié avoir vu le même jour l'assuré pour des polyalgies musculo-squelettiques, ainsi que pour des douleurs lombaires et du bassin. L'intéressé lui avait expliqué que ces douleurs étaient survenues à la suite de l'accident du 25 août 2011. L'examen clinique et l'imagerie montraient selon ce médecin des lésions (discopathie bombante L4-L5 et lésion sacro-iliaque droite), qui étaient effectivement compatibles avec des séquelles d'un fort ébranlement lors d'un violent traumatisme. Le 2 octobre 2012, l'assuré a fait opposition à la décision du 31 août 2012, en demandant la poursuite de la prise en charge des traitements médicaux nécessaires, ainsi que du versement des indemnités journalières. Une scintigraphie osseuse du corps entier a été réalisée le 21 décembre 2012. Cet examen a mis en évidence une très discrète surimprégnation du genou droit pouvant évoquer une minime réaction algodystrophique sans composante inflammatoire. Le 25 janvier 2013, le Dr R. \_\_\_\_\_ a une nouvelle fois pris position sur le lien de causalité. Il a estimé qu'au vu de l'absence de lésion structurelle objectivée en relation de causalité avec l'accident du 25 août 2011, la prise en charge de l'assuré devait être interrompue. Le statu quo sine était certainement intervenu depuis longue date et l'événement du 25 août 2011 avait cessé, depuis longtemps, d'exercer son action vulnérante. Un éventuel traitement ultérieur nécessité par l'état de l'assuré serait à la charge de la caisse-maladie. Par décision sur opposition du 5 février 2013, la CNA a notamment rejeté l'opposition de l'assuré et retiré tout effet suspensif à un éventuel recours. C. Par acte du 7 mars 2013, C. \_\_\_\_\_, représenté par l'avocate Marlyse Cordonier, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 5 février 2013, à la constatation que ses lésions engageaient la responsabilité de la CNA au-delà du 31 août 2012, ainsi qu'à la condamnation – en tant que de besoin – de la CNA à prendre en charge ses lésions et à verser les prestations dues au titre de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20) (frais de traitement et indemnités journalières). A titre de mesure d'instruction, il a requis l'ordonnancement d'une expertise médicale. Par réponse du 12 juin 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours, dans la mesure où celui-ci était recevable, et à la confirmation de la décision entreprise. Elle a également estimé que la demande d'expertise judiciaire devait être écartée. Par écriture du 18 novembre 2013, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a en outre informé la Cour de céans qu'une infiltration sous-acromiale gauche avait été réalisée le 18 septembre 2013 par le Dr D. \_\_\_\_\_. Selon le rapport de ce médecin produit en annexe, l'échographie de

repérage avait montré une tendinopathie assez nette du supra-épineux avec probablement un petit clivage intra-tendineux hypo-échogène quasi liquidien, sans signe de rupture transfixiante ni d'épanchement bursal ou articulaire. Le même jour, le recourant a également communiqué le résultat d'une IRM des sacro-iliaques effectuée le 7 octobre 2013. Selon le Dr D. \_\_\_\_\_, il n'y avait pas de signe de sacro-iliite. Ce praticien a en revanche noté de discrets remaniements qui étaient plutôt dégénératifs, modérés, au niveau des parties antérieures et supérieures des sacro-iliaques, avec une petite réaction œdémateuse bilatérale du spongieux au niveau des ailerons. Le 5 décembre 2013, l'intimée s'est déterminée sur les pièces complémentaires déposées par le recourant. Selon elle, ces documents ne permettaient raisonnablement plus de soutenir que les lésions à l'épaule gauche et au genou droit, ainsi que les atteintes cervicales et lombaires, étaient la conséquence unique de l'accident du 25 août 2011. E n d r o i t : 1. a) Selon l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; 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 trente jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse (art. 58 al. 2 LPGA). En l'espèce, le recourant était domicilié à l'étranger, tandis que son employeur avait son siège à [...]. La décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, est donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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 let. a LPA-VD). c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit ou non que l'intimée a mis fin au versement des prestations d'assurance pour les éventuelles suites de l'événement du 25 août 2011 au-delà du 31 août 2012. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel ou non. La notion d'accident est définie à l'art. 4 LPGA : il s'agit de 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. L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Il a été fait usage de cette possibilité à l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h). La jurisprudence (ATF 129 V 466) a précisé les conditions d'octroi des prestations

en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie. L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition, pour la première fois, de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas remplie lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; TF 8C\_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1). Cette réglementation a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2, 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées). Ainsi, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions aient au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler ces lésions à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 3 ; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement démontrée. On ne se fondera donc pas simplement

sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. TF 8C\_606/2013 du 24 juin 2014 consid. 3.2, 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2, 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2, U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2.2 ; TFA U 60/03 du 28 juin 2004 consid. 3.3).

b) Les déchirures des tendons telles que les ruptures de la coiffe des rotateurs figurent dans la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident de l'art. 9 al. 2 OLAA (cf. let. f). En revanche une tendinite ou une tendinopathie n'y sont pas mentionnées. En l'espèce, les avis médicaux sont partagés concernant l'existence d'une lésion tendineuse à l'épaule gauche. Selon le Dr D. \_\_\_\_\_, un arthro-scanner réalisé le 28 novembre 2011 a mis en évidence une petite rupture punctiforme presque transfixiante à l'union sus-sous épineux, ainsi qu'une probable petite lésion punctiforme associée de l'intervalle des rotateurs. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a pour sa part observé le 11 janvier 2012 que la coiffe des rotateurs était continente, c'est-à-dire sans rupture – même partielle – d'aucun des tendons concernés ; en revanche, il y avait une petite fissure à la jonction sus-épépineux sous-épépineux, mais « très très modérée » et non chirurgicale. Dans le cadre de l'expertise de la Clinique V. \_\_\_\_\_, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'arthro-scanner du 28 novembre 2011 ne montrait que très peu d'anomalies. Sur une ou deux coupes, du produit de contraste apparaissait à la face inférieure du supra-épépineux, sans être transfixiante. Cela était corroboré par un examen par ultrason de l'épaule gauche du 21 mars 2012, qui n'avait mis en évidence que des signes modérés de tendinopathie chronique du sus-épépineux des deux côtés. Selon le Dr Z. \_\_\_\_\_, le diagnostic était un conflit sous-acromial avec possible tendinopathie très modérée du supra-épépineux. La question de savoir si la « petite rupture punctiforme », la « petite lésion punctiforme » ou la « petite fissure [...] très très modérée » relevée à la suite de l'arthro-scanner du 28 novembre 2011 constitue une déchirure de tendon au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA peut rester ouverte. On doit en effet constater que même le Dr T. \_\_\_\_\_ ne s'est plus référé à la « petite fissure » dans son rapport du 22 mai 2012, associant les plaintes de l'assuré à la seule tendinopathie. On doit en déduire soit que la lésion diagnostiquée par les Drs D. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ était trop infime pour expliquer les plaintes du recourant à l'épaule gauche encore en mai 2012, soit que le Dr T. \_\_\_\_\_ considérait, à l'instar du Dr R. \_\_\_\_\_, qu'une aussi petite lésion avait dû être résorbée entre-temps, de sorte que le statu quo sine était atteint en mai 2012. En tout état de cause, les avis médicaux permettent de conclure que la lésion mise en évidence le 28 novembre 2011 n'était plus déterminante au moins à partir du mois de mai 2012. C'est donc à juste titre que l'intimée, lors de la clôture du cas le 31 août 2012, a nié que le recourant ait présenté, à ce moment-là, une lésion corporelle assimilée à un accident en ce qui concernait l'épaule gauche.

c) Les déchirures du ménisque figurent dans la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident de l'art. 9 al. 2 OLAA (cf. let. c). En l'espèce, il est incontestable que le recourant a souffert d'une lésion oblique interne de la corne postérieure du genou droit, soit d'une déchirure du ménisque. Les Drs W. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ ont considéré, respectivement le 26 avril et le 1<sup>er</sup> août 2012, que la fissuration du ménisque du genou droit était d'origine traumatique. A l'inverse, le Dr R. \_\_\_\_\_ a nié, le 26 juin 2012, toute origine accidentelle à cette lésion du ménisque, au motif que les plaintes concernant le genou droit n'étaient pas apparues après l'accident, mais bien plus tard. Quant au Dr E. \_\_\_\_\_, il a estimé, le 11 juin 2012, qu'il était difficile d'être catégorique sur le caractère purement post-traumatique et récent de la lésion. Le

Dr A. \_\_\_\_\_ de la Clinique V. \_\_\_\_\_ a relevé en juin 2012 une petite formation kystique postérieure semblant s'ouvrir dans le ménisque, qui évoquait plutôt une lésion ancienne. On peut inférer des avis des Drs W. \_\_\_\_\_, H. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ que la lésion du ménisque du genou droit a une origine traumatique au moins possible. Aucun de ces trois praticiens n'a toutefois rattaché directement la lésion du ménisque à l'événement du 25 août 2011. Au contraire, le Dr E. \_\_\_\_\_ n'a expressément pas voulu se prononcer sur le caractère récent de la lésion. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a exclu formellement le 4 juillet 2012 tout lien de causalité entre l'accident du 25 août 2011 et la lésion du ménisque, en raison de la nature de l'atteinte au genou observée après cet accident, à savoir une simple contusion avec un court pronostic de quelques jours. Certes, le recourant a déclaré lors de son séjour à la Clinique V. \_\_\_\_\_ avoir eu quatre à cinq blocages du genou droit depuis l'accident, ainsi que des douleurs similaires à des coups de couteau qu'il cotait à 10/10. On ne peut toutefois que constater qu'aucun rapport médical antérieur ne fait état de ces blocages et, en particulier, que le recourant ne les a pas rapportés lors de l'examen par le médecin d'arrondissement de la CNA le 21 février 2012, soit deux semaines avant son entrée à la Clinique V. \_\_\_\_\_. On ne peut donc pas considérer que les déclarations du recourant lors de son séjour à la Clinique V. \_\_\_\_\_ suffisent pour rendre probable, ou même possible, un lien de causalité entre le choc ayant entraîné une simple contusion le 25 août 2011 et la lésion du ménisque. A cela s'ajoute que la probabilité d'une cause traumatique antérieure à l'accident du 25 août 2011 est au moins aussi grande que celle d'un lien avec cet accident, vu l'affirmation du Dr A. \_\_\_\_\_ relatée par le Dr L. \_\_\_\_\_ le 8 juin 2012, selon laquelle une petite formation kystique postérieure semblant s'ouvrir dans le ménisque évoquait plutôt une lésion ancienne. L'atteinte au ménisque présentée par le recourant ne constitue donc pas une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. c OLA. 4. a) S'agissant des atteintes à la santé qui ne sont pas des lésions corporelles assimilées à un accident, 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 citées). b) Le recourant souffrait de douleurs à l'épaule gauche. Selon le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin traitant, il présentait une tendinopathie post-traumatique. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ de la Clinique V. \_\_\_\_\_ a relevé, dans son rapport du 26 mars 2012, qu'un examen par ultrason de l'épaule gauche réalisé le 21 mars 2012 avait mis en évidence des signes modérés de tendinopathie chronique du sus-épineux des deux épaules sans bursite. Il a posé le

diagnostic de conflit sous-acromial avec possible tendinopathie très modérée du supra-épineux. Après réexamen de l'assuré le 6 juin 2012, le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé que le rapport entre la tendinopathie du supra-épineux bilatérale visible à l'échographie et le tableau clinique était loin d'être démontré. Même si l'on admettait que la tendinopathie était avérée, le lien de causalité naturelle avec l'accident devrait être nié. En effet, seul le Dr T. \_\_\_\_\_ a retenu que cette tendinopathie était d'origine traumatique et qu'elle pouvait être comprise dans les suites de l'accident du 25 août 2011. Il n'a toutefois fourni aucune justification de son affirmation de ce lien de causalité, alors que des signes de tendinopathie ont été constatés aux deux épaules. De plus, le lien avec cet accident n'a été déclaré que possible par ce praticien, ce qui ne remplit pas l'exigence légale de la vraisemblance prépondérante. Le seul fait que les douleurs se soient développées postérieurement à l'accident du 25 août 2011 ne suffit pas pour établir un lien de causalité naturelle. A titre subsidiaire, il faut relever que, dans l'hypothèse où l'on retiendrait un lien de causalité naturelle entre la tendinopathie et l'accident du 25 août 2011, le statu quo sine aurait été atteint avant la fin des prestations au 31 août 2012. Vu la corrélation jugée douteuse par le Dr L. \_\_\_\_\_ entre la tendinopathie du supra-épineux et le tableau clinique, il faut admettre, avec le Dr R. \_\_\_\_\_, que l'accident aurait cessé de déployer ses effets en juin 2012. c) Le recourant souffrait en outre de lombalgies chroniques. Aucune lésion traumatique n'a toutefois été diagnostiquée, malgré un scanner lombaire et une scintigraphie osseuse. En revanche, le scanner lombaire du 14 septembre 2011 a mis en évidence un débord discal postérieur au niveau L4-L5 qui venait au contact avec les racines L5 bilatérales, sans image de hernie discale évidente, auquel s'ajoutait un signe discret d'arthrose débutante au niveau L4-L5 et L5-S1. Les avis médicaux sont partagés sur l'origine de ces atteintes. Selon le Dr I. \_\_\_\_\_, ces dernières – qu'il a qualifiées de « discopathie bombante L4L5 et lésion sacro-iliaque droite » dans son certificat du 25 septembre 2012 – étaient compatibles avec des séquelles d'un fort ébranlement lors d'un violent traumatisme. Cette affirmation du Dr I. \_\_\_\_\_ ne prouve toutefois pas l'existence d'un lien de causalité naturelle, car la déclaration de « compatibilité » signifie uniquement qu'un lien de causalité est possible ; or, une vraisemblance prépondérante est requise et le Dr I. \_\_\_\_\_ n'a fait valoir aucun argument qui démontrerait un lien de causalité naturelle. A l'inverse du Dr I. \_\_\_\_\_, le Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de X. \_\_\_\_\_ SA, a estimé que le débord postérieur au niveau L4-L5 était, tout comme l'arthrose débutante au niveau L4-L5 et L5-S1, une atteinte antérieure à l'accident du 25 août 2011. Point n'est toutefois besoin de trancher la question de l'origine traumatique ou malade de l'atteinte discale L4-L5, dès lors qu'il résulte du rapport dressé le 10 avril 2012 par les Drs L. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ de la Clinique V. \_\_\_\_\_ que le discret débord du disque L4-L5 était dépourvu de signification clinique. Ni le Dr I. \_\_\_\_\_, ni aucun autre praticien n'a affirmé le contraire. Quant à l'arthrose débutante au niveau L4-L5, aucun médecin n'a soutenu qu'elle serait d'origine traumatique. Il en découle qu'il n'y a pas d'élément attestant d'un lien entre les lombalgies chroniques du recourant et une atteinte organique en relation de causalité naturelle avec l'accident du 25 août 2011. Cela ne permet certes pas de trancher la question du lien de causalité naturelle entre les lombalgies et cet accident. Ce point peut néanmoins également demeurer indécis, car un lien de causalité adéquate doit, comme cela sera exposé au considérant 5 ci-dessous, être nié dans le cas présent. d) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et

l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de 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, au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se manifestent (TF 8C\_792/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 6.1 et les références citées). 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 était indiquée si l'état de santé de la personne assurée ne présentait ou ne laissait 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, une entorse cervicale de stade 2 QTF consécutive à l'accident du 25 août 2011 a été diagnostiquée par le Dr H. \_\_\_\_\_ et confirmée par l'expertise de la Clinique V. \_\_\_\_\_. Le Dr R. \_\_\_\_\_ y avait ajouté le 21 février 2012 un probable traumatisme crânien. S'agissant des suites de ces traumatismes, le rapport médical établi le 5 octobre 2011 par le Dr H. \_\_\_\_\_ a fait état d'un trou de mémoire pour la période pendant l'accident et durant les quatre à cinq minutes qui avaient suivi, de douleurs à la nuque dans les 72 heures et de troubles du sommeil dans les 24 heures. Les conditions jurisprudentielles pour admettre un lien de causalité naturelle entre le traumatisme cervical et les plaintes du recourant qui sont susceptibles d'y être rattachées sont donc remplies. On laissera en revanche ouverte la question de savoir si, comme le soutient l'intimée dans sa réponse au recours en se fondant sur l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_ du 25 janvier 2013, le statu quo sine a été atteint concernant les cervicalgies bien avant la décision attaquée. En effet, un lien de causalité adéquate doit en l'espèce être nié, pour les motifs exposés au considérant 5 ci-dessous. e) La scintigraphie osseuse du 21 décembre 2012 a mis en évidence une très discrète surimprégnation du genou droit pouvant évoquer une minime réaction algodystrophique sans composante inflammatoire. Selon la jurisprudence, l'algodystrophie doit remplir les conditions suivantes pour être considérée comme une conséquence d'un accident : a) la preuve d'une atteinte physique après un accident ou l'apparition après une opération faite à cause d'un accident ; b) l'exclusion d'autres facteurs causals non traumatiques ; c) le faible temps de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, au plus six à huit semaines (TF 8C\_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2, U 436/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.4.2.1). En l'espèce, si l'on admettait que l'examen du 21 décembre 2012 soit suffisant pour prouver la présence d'une algodystrophie, la dernière condition jurisprudentielle ne serait pas réalisée. En effet, le recourant ne s'étant guère plaint du genou durant les premiers mois consécutifs à l'accident, il n'y a pas d'élément prouvant que l'algodystrophie serait déjà apparue dans les huit semaines qui ont suivi l'accident. f) Le scanner des rochers effectué le 30 avril 2012 a montré un comblement antro-mastoïdien et partiellement de la cavité tympanique évoquant plutôt un processus d'otite moyenne. Il n'y avait aucun trait de fracture. Il n'y a donc pas non plus de lien de causalité naturelle entre l'atteinte à l'oreille et l'accident du 25 août 2011. 5. a) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose, outre un lien de causalité naturelle, un rapport 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 citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a). 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 (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). 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. Ainsi, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 8C\_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3, 8C\_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 non publié aux ATF 135 V 465 et les références citées). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 115 V 403 consid. 5c/aa). b) En l'espèce, la question de l'existence du lien de causalité adéquate se pose pour les lombalgies, dans l'hypothèse où la causalité naturelle serait établie. En effet, comme le discret débord du disque L4-L5 était dépourvu de signification clinique selon le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ et de la Dresse F.\_\_\_\_\_ de la Clinique V.\_\_\_\_\_, il n'y a pas d'élément attestant d'un lien entre les lombalgies chroniques du recourant et une atteinte organique en relation de causalité naturelle avec l'accident du 25 août 2011. S'agissant des troubles cervicaux, le rapport dressé le 5 septembre 2011 par le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu qu'une radiographie du rachis cervical avait mis en évidence une image séquellaire d'une entorse cervicale, à savoir une augmentation de l'écart épineux C5-C6 avec une petite antélisthesis C5-C6. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a pour sa part interprété, le 21 février 2012, ces radiographies comme montrant une angulation entre C5 et C6, sans se prononcer sur le lien avec l'entorse cervicale. Dans leur rapport du 10 avril 2012, le Drs L.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ de la Clinique V.\_\_\_\_\_ ont qualifié cette angulation entre C5 et C6 de « courbure dysharmonieuse qui n'a[va]it pas de valeur pathologique en soi », excluant par ailleurs toute lésion d'origine traumatique. Ils ont enfin signalé que des clichés fonctionnels réalisés le 5 septembre 2011 n'étaient pas interprétables parce que « le patient n'a[va]it presque pas bougé ». Quant à l'IRM cervicale du 24 octobre 2011, elle a permis de conclure à la rectitude du rachis cervical et à l'absence de débord discal significatif ; elle a en revanche mis en exergue un hyposignal discal dégénératif C3-C4, C5-C6 et C6-C7. Il résulte de ce qui précède que les cervicalgies n'ont pas comme cause l'augmentation de l'écart épineux C5-C6 constatée par radiographie. Il s'agit dès lors également d'atteintes sans preuve d'un déficit organique, pour lesquelles l'examen de la causalité adéquate s'impose. Les lombalgies et cervicalgies doivent dès lors être rattachées au syndrome douloureux constaté le 15 mars 2012 par la Dresse B.\_\_\_\_\_. c/aa) Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral ne sont, comme en l'espèce, pas relégués au second plan par une atteinte psychique, on applique par analogie les critères suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ; - l'administration prolongée d'un

traitement médical spécifique et pénible ; - l'intensité des douleurs ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; - l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type « coup du lapin », 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 359 consid. 6a ; RAMA 1999 n o U 341 consid. 3b p. 407). bb) 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 faut non pas s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt 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 et d'autre part sur les lésions subies (TFA U 214/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.3). Dans sa décision du 31 août 2012, l'intimée a estimé que l'événement accidentel en cause pouvait tout au plus être considéré comme ayant été de gravité moyenne, le recourant soutenant en revanche qu'il s'est agi d'un accident devant être qualifié de grave ou à tout le moins de gravité moyenne à la limite des cas graves. La jurisprudence a régulièrement qualifié des collisions frontales comme étant de gravité moyenne au maximum à la moitié de cette catégorie (TF 8C\_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 4.1 non publié aux ATF 141 V 1 et les références citées). Elle a considéré une collision frontale comme étant de gravité moyenne à la limite des accidents graves dans un cas où les deux véhicules roulaient approximativement à 80 km/h et où l'assurée ne portait pas sa ceinture de sécurité en raison d'une dispense médicale, mais n'avait pas subi des blessures graves (TF 8C\_813/2011 du 3 janvier 2013 consid. 4.2). Le Tribunal fédéral a aussi qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite des cas graves, un accident dans un tunnel ayant impliqué trois véhicules et ayant fait un mort (RAMA 1999 n o U 335 p. 207), une violente collision frontale suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture (ATFA D. du 30 décembre 1998), une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (ATFA Z. du 7 juin 1999, U 88/98 ; cf. la jurisprudence genevoise ATAS/152/2006 du 16 février 2006), une collision frontale entre deux véhicules à laquelle a succédé un choc avec une troisième voiture, accident au cours duquel l'assuré a subi diverses blessures, dont la mère de celui-ci a eu des côtes fracturées et dont le père est décédé au cours d'une opération consécutive à l'accident (exemples cités dans l'arrêt TF U 307/06 du 14 février 2007 consid. 4.2). Dans ce dernier arrêt, le Tribunal fédéral a également qualifié de moyen à la limite de la gravité un accident dans lequel le frère de l'assuré avait été tué après une collision frontale provoquée par un conducteur ivre ; dans cet accident, hormis l'assuré, les autres passagers du véhicule et le conducteur fautif n'avaient pas été grièvement blessés. En l'espèce, même si le véhicule du recourant roulait à une vitesse située entre 80 et 90 km/h avant le freinage d'urgence, il est entré en collision avec une automobile qui traversait la route en redémarrant d'un stop. Les forces dues à la différence de vitesse étaient ainsi largement inférieures à celles de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_813/2011 susmentionné. D'ailleurs, les blessures diagnostiquées au Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_ n'étaient pas graves. Enfin, il résulte des différentes photos figurant au dossier que les véhicules n'ont été que partiellement endommagés, même s'ils n'étaient pas réparables. L'accident du 25 août 2011 doit donc être considéré comme étant de gravité moyenne au maximum à la moitié de cette catégorie. Il en découle qu'il faut soit

que trois critères soient remplis, sans que ceux-ci 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).

cc) Le recourant soutient que l'accident avait un caractère impressionnant. Même si un certain caractère impressionnant ne peut être nié lors d'une collision frontale à près de 80 km/h, ce caractère n'était pas particulièrement prononcé dans une perspective objective et au regard de la pratique résumée au considérant 6.1 de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012. Le cas d'espèce n'a notamment pas été plus impressionnant que celui de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_70/2009 du 31 juillet 2009, où le véhicule de l'assurée était entré en collision frontale avec un véhicule circulant sur la voie opposée.

dd) Le recourant ne prétend pas avoir reçu de manière prolongée un traitement médical spécifique et pénible pour des atteintes qui étaient – au moins potentiellement – en lien de causalité naturelle avec l'accident du 25 août 2011 (cervicalgies et lombalgies). Les traitements suivis n'ont été ni spécifiques, ni pénibles. L'intéressé n'a pas non plus subi de lésions d'une gravité ou d'une nature particulière, ni d'erreur dans le traitement médical, ni connu des difficultés apparues au cours de la guérison ou des complications importantes.

ee) Point n'est donc besoin de trancher si les deux critères restants (intensité des douleurs et importance de l'incapacité de travail malgré des efforts reconnaissables) sont remplis comme le soutient le recourant. En effet, même s'ils l'étaient, ils ne le seraient pas avec une intensité particulière. Eu égard au syndrome d'aggravation ou d'amplification soupçonné par les experts de la Clinique V.\_\_\_\_\_ et par le Dr R.\_\_\_\_\_, la propre évaluation de la douleur par le recourant ne saurait être admise comme preuve de douleurs intenses sans interruption notable entre l'accident et la clôture du cas. L'assuré n'a pas non plus démontré avoir fait des efforts reconnaissables pour reprendre une activité professionnelle adaptée après une tentative avortée de retour au travail le 12 septembre 2011.

ff) Au vu de ce qui précède, il faut considérer que le syndrome douloureux, incluant les cervicalgies et les lombalgies, n'est pas dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident du 25 août 2011.

6. En requérant la poursuite du versement des prestations d'assurance, le recourant fait valoir en substance que le cas a été clôturé de manière prématurée.

a) Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Cette disposition délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener la poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées). La continuation d'un traitement médical amenant une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré avec effet sur la capacité de travail n'empêche la clôture du cas que si le traitement portait sur une atteinte à la santé qui était en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré (TF 8C\_327/2010 du 22 juillet 2010 consid. 4.2).

b) En l'espèce, les traitements encore envisagés lors de la clôture du cas étaient une infiltration à l'épaule et une opération du ménisque. Or, comme retenu précédemment, d'une part la lésion du ménisque et la tendinopathie de l'épaule gauche ne constituent pas des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA et, d'autre

part, la tendinopathie n'est pas dans un lien de causalité naturelle avec l'accident du 25 août 2011. Les traitements encore envisagés n'empêchaient ainsi pas la clôture du cas. 7. Le recourant demande l'ordonnancement d'une expertise judiciaire au cas où il ne serait pas possible au Tribunal de trancher la question de la causalité naturelle. Or, il a été vu que même dans les cas où la question de l'existence du lien de causalité naturelle a été laissée indécise, la causalité adéquate a été niée. Une expertise judiciaire pour éclaircir les points encore ouverts s'agissant de la causalité naturelle n'est donc pas nécessaire, de sorte qu'il n'y a pas lieu de faire droit à la requête du recourant. 8. En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à l'allocation de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD), pas plus que l'intimée en tant qu'assureur social (cf. ATF 127 V 205, 126 V 143). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 5 février 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. L'arrêt est rendu sans frais judiciaires ni dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Marlyse Cordonier, avocate (pour C. \_\_\_\_\_), ■ Me Didier Elsig, avocat (pour 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.