

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 667 vom 27. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2017\\_\\_667](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__667)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 667 du 27 novembre 2017

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 667 del 27 novembre 2017

## Regeste

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, TRAUMATISME CERVICAL, AFFECTION PSYCHIQUE | 6 al. 1 LAA, 4 LPGA

## Erwägungen

### E. 9

mars 2015, précisant « selon lui ». Il a en outre mis un point d'interrogation à côté de la question de savoir s'il fallait s'attendre à la persistance d'un problème, en faisant notamment référence à des douleurs (le mot suivant étant illisible). Dans un rapport médical intermédiaire du 2 novembre 2015, le Dr W. \_\_\_\_\_ a répété le diagnostic de coup du lapin. Sa réponse sur l'évolution des troubles est illisible. Le traitement du moment comprenait des AINS et de la physiothérapie. Sous la rubrique procédures/propositions (autre traitement, radiographies, examen de contrôle du médecin d'arrondissement, etc.), le praticien a mentionné « contrôle méd SUVA ». Il ne s'est pas exprimé sur une éventuelle reprise de travail, spécifiant « au chômage », mais a répété le point d'interrogation à côté de la question de savoir s'il fallait s'attendre à la persistance d'un problème, en faisant référence à des douleurs. L'assuré a été convoqué pour un examen par le médecin d'arrondissement de la CNA. Le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a fait part de ses constatations et conclusions dans un rapport d'examen du 3 février 2016. Après avoir résumé l'évolution suivant les pièces communiquées, il a rapporté les déclarations de l'assuré. Il en ressortait notamment que ce dernier n'avait plus de rendez-vous avec son médecin-traitant, le Dr W. \_\_\_\_\_, et que le dernier contrôle avait eu lieu trois mois auparavant. Il ne prenait aucune médication et le traitement de physiothérapie, qui lui avait fait le plus grand bien, s'était également terminé environ trois mois plus tôt. Il gardait des lombalgies et des douleurs de type sciatique à gauche avec des fourmillements et des brûlures par moment dans le pied gauche. Le patient accusait également des cervicalgies et des céphalées et ressentait des brûlures au niveau du cuir chevelu et parfois des vertiges. Les douleurs lombaires étaient présentes lorsqu'il était longtemps debout. Il n'y avait pas d'amélioration de la symptomatologie douloureuse au point de vue global. Il avait repris le travail jusqu'à fin octobre 2015 en tant que monteur en échafaudage. Depuis lors, il était au chômage, qui lui finançait des cours de formation. Le médecin d'arrondissement a ensuite rapporté ses constatations avant de retenir ce qui suit dans la partie « appréciation » de son rapport : "[...] Subjectivement, l'assuré ne voit aucune amélioration de ses douleurs, qui siègent au niveau cervical, lombaire mais également au niveau du cuir chevelu avec des symptômes vertigineux occasionnels. Objectivement, l'examen clinique est dans la norme. Il n'y a pas de déficit neurologique. L'examen clinique est parasité par des douleurs annoncées à pratiquement tous les exercices demandés. Il n'y a toutefois pas de restriction

de la mobilité des ceintures scapulaires ou du rachis. A plus d'un an de l'accident du 28 décembre 2014, on peut déclarer que celui-ci a cessé de déployer ses effets. On reconnaît à l'assuré une pleine capacité de travail dans son activité antérieure, sans limitation de rendement. Le traitement médical et de physiothérapie n'a plus de justification. Aucune IPAI n'est due des suites de l'accident du 28.12.2014." Par courrier du 12 février 2016, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance avec effet au 3 février 2016, l'examen par le médecin d'arrondissement ayant révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement pour les suites de son accident. Si son état de santé devait s'aggraver, il pouvait reprendre contact avec l'assurance. B. Selon une déclaration de sinistre pour les chômeurs du 9 juin 2016, D.\_\_\_\_\_ avait fait une rechute de son accident du 28 décembre 2014 le 25 mai 2016. Il était incapable de travailler depuis le 25 janvier 2016 (il s'agissait en réalité du 25 mai 2016). Il ressortait par ailleurs de la description des faits qu'il avait eu des vertiges, mal au dos, une brûlure dans la tête et des fourmis dans les jambes. Il ne lui était plus non plus possible de se baisser. Le 14 juillet 2016, la CNA a reçu des arrêts de travail du Dr X.\_\_\_\_\_, médecin praticien et nouveau médecin traitant de l'intéressé, attestant d'une incapacité totale de travailler du 25 mai au 9 juin 2016 (ils mentionnaient une maladie à titre de motif) et du 30 juin au 7 juillet 2016 (le motif était un accident). Dans un rapport médical pour rechute du 20 août 2016, le Dr X.\_\_\_\_\_ a relevé avoir donné les premiers soins le 25 février 2016. Sous « constatations objectives », il a remarqué qu'il n'y avait rien d'objectif sauf la névralgie d'Arnold. Sur le plan subjectif, il a mentionné des cervicalgies et la névralgie d'Arnold, les constatations radiologiques montrant des discopathies cervicales. Le praticien a ensuite posé le diagnostic de névralgie d'Arnold. Sous la rubrique « procédures/proposition », il a écrit « repos[,] AINS [et] Avis rhumato ». Le Dr X.\_\_\_\_\_ a par ailleurs retenu que l'intéressé était incapable de travailler à 100 % dès le 25 mai 2016 et probablement jusqu'au 9 juin 2016. On extrait ce qui suit d'un rapport d'entretien du 17 août 2016 entre l'intéressé et un collaborateur du Service extérieur Care de la CNA : Compte-rendu de l'entretien du 17.8.16 avec l'assuré à son domicile [...] [...] Symptômes de pont : Nous reprenons ensemble le rapport de l'examen du 3.2.2016 par notre médecin-conseil. Il me dit que sa situation actuelle n'a pas changé du tout depuis cet examen. Il m'affirme également qu'il n'a pas été victime d'un nouvel accident depuis lors et qu'il est clair que tous ses maux actuels tels qu'ils sont décrits dans le rapport susmentionné sont les seules suites de son accident du 28.12.2014. D'ailleurs, me dit-il, toute sa vie a été totalement perturbée depuis cet accident. Rechute : Dans cet état, il a bien essayé de suivre le mieux possible son stage à l' [...] où il avait été envoyé par la caisse de chômage mais il me dit qu'il n'a finalement pas réussi à tenir jusqu'au bout tellement ce travail lui faisait ressortir toutes ses douleurs encore plus intensément. Il a donc recherché un autre médecin que le Dr W.\_\_\_\_\_ qui puisse trouver des solutions à tous ses maux pour finalement se présenter chez le Dr X.\_\_\_\_\_ [...]. Cours de la guérison : Malheureusement, le contact est tout aussi difficile avec ce médecin qu'avec le Dr W.\_\_\_\_\_. Il est donc en train [de] chercher un autre médecin car, même si celui-ci aurait bien vu sur un nouveau scanner qu'il souffre de vertèbres déplacées, il se contente de ne lui prescrire que des médicaments et de la physio qui ne lui font aucun effet. [...] Mon interlocuteur se dit victime du système et il est scandalisé qu'aussi bien la Suva que son médecin actuel considèrent qu'il ne s'agit pas des suites de son accident mais plutôt d'un problème maladif comme c'est mentionné sur [s]es certificats d'arrêt de travail. S'il continue à avoir mal sur la tête, dans les yeux, la nuque[,] le dos et jusqu'à l'extrémité de sa jambe gauche c'est uniquement en relation avec les suites de son accident. Ce qu'il veut

c'est guérir le plus rapidement possible et pas devoir s'annoncer à l'AI. Dans un document intitulé « Soumission au médecin d'arrondissement » daté du 22 septembre 2016, le Dr S. \_\_\_\_\_ a répondu par la négative aux questions de savoir si la relation de causalité était établie au degré de la vraisemblance prépondérante entre les troubles faisant l'objet de la rechute et l'accident d'autrefois, s'il y avait des séquelles traumatiques structurelles organiques et si d'autres investigations étaient nécessaires pour répondre à ces questions. Par décision du 3 octobre 2015, la CNA a refusé d'allouer des prestations à l'assuré pour la rechute annoncée, au motif que, selon les documents en sa possession et l'avis de son médecin d'arrondissement, il n'existait pas de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 28 décembre 2014 et les lésions à la nuque, aux yeux, au dos et à la tête pour lesquelles une incapacité de travail avait été attestée dès le 25 mai 2016. Il était recommandé à l'intéressé d'annoncer le cas à son assurance-maladie. Par courrier du 1<sup>er</sup> novembre 2016, l'assuré s'est opposé à la décision précitée. En substance, il a soutenu que le Dr W. \_\_\_\_\_ n'avait pas donné suite aux nombreuses demandes de rapports de la CNA, ce qui avait conduit l'assurance à estimer que le dossier était clos. Il a ensuite allégué avoir repris son travail au plus vite, alors qu'il ressentait encore des douleurs et aurait dû attendre de soigner sa nuque et son dos avant de recommencer son activité lourde et pénible. Afin de ne plus avoir de lourdes charges à soulever et à porter, il s'était inscrit au chômage et avait commencé une nouvelle formation en peinture dès janvier 2016. Cela dit, ce travail nécessitant également beaucoup les bras, les épaules et la nuque, il avait dû se remettre en arrêt accident entre mai et juillet 2016 en raison d'une douleur insupportable. L'intéressé avait alors consulté le Dr X. \_\_\_\_\_ qui l'avait mis en arrêt « maladie », bien qu'il ait été informé à plusieurs reprises que son problème faisait suite à l'accident du 28 décembre 2014. Il lui avait proposé des séances de physiothérapie et des infiltrations qu'il avait refusées car elles calmaient les douleurs mais ne guérissaient pas. Dans ce contexte, l'assuré a considéré que c'était à cause de ces « problèmes de docteurs » que la CNA avait refusé de reconnaître une rechute de son accident. Or, dans la mesure où il n'avait jamais eu de problèmes avant décembre 2014, il était évident que ses problèmes aux cervicales étaient dus exclusivement à l'accident de voiture du 28 décembre 2014, dans lequel il avait subi le coup du lapin. Il a requis une révision de son dossier dans son entier sachant que ses douleurs continuaient. Le 18 novembre 2016, la CNA a enregistré une prescription de physiothérapie datée du 9 septembre 2016, dans lequel le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin praticien, a posé le diagnostic principal de cervicalgies chroniques, avec la mention « suite trauma en 2014 » à titre de précautions particulières. Il a prescrit un travail de posture, de récupération des amplitudes articulaires des cervicales et une musculation douce des trapèzes et des grands dorsaux. Dans une appréciation médicale du 9 janvier 2017, le Dr S. \_\_\_\_\_ a notamment retenu ce qui suit : "L'assuré, [...], monteur en échafaudages a été victime d'un AVP le 28.12.2014 au [...]. Une IRM cervicale du 05.02.2015 ne montre pas de lésion traumatique mais des troubles dégénératifs minimes sous forme d'uncarthrose. Le bilan est complété par un bilan neurologique par le Dr R. \_\_\_\_\_ de [...] qui nous fait part d'une absence de pathologie. L'examen final à l'agence du 03.02.2016 ne permet d'objectiver aucune des plaintes de l'assuré. On peut dès lors confirmer la pleine capacité de travail de l'assuré dans l'activité antérieure, sans limitation de rendement. On confirme également qu'aucune I[P]AI n'est due des suites de l'accident du 28 décembre 2014." Le 18 janvier 2017, la CNA a enregistré une prescription de physiothérapie du 22 novembre 2016. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ y posait le diagnostic principal de cervicalgies chroniques sur ancien accident de la voie publique (AVP) sans lésion

vertébrale. Les moyens thérapeutiques étaient identiques à ceux prescrits le 9 septembre 2016. Par décision sur opposition du 31 janvier 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 3 octobre 2016. En résumé, elle a retenu que les examens pratiqués avaient seulement montré des troubles dégénératifs minimes sous forme d'uncarthrose, que le bilan neurologique était dans les limites de la norme, que l'examen pratiqué par le médecin d'arrondissement n'avait pas permis d'objectiver les plaintes de l'assuré et, enfin, que les rapports médicaux versés par la suite au dossier ne faisaient pas non plus état d'une atteinte à la santé permettant d'expliquer la symptomatologie relatée par ce dernier. L'assurance a ensuite examiné le lien de causalité adéquate sous l'angle d'un trouble d'ordre psychique après un accident. A cet égard, elle a relevé que, d'un point de vue objectif et compte tenu de la version des faits fournie par l'intéressé, l'accident pouvait tout au plus être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Pour admettre le caractère adéquat, il fallait dès lors un cumul de trois critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou qu'un des critères se manifeste par une intensité particulière. Or, elle a estimé qu'aucun de ces critères n'était rempli. La causalité adéquate et, partant, la responsabilité de la CNA devait ainsi être niée « en tout cas au-delà du 6 mars 2016 (sic) ». C. Par acte du 3 mars 2017, D. \_\_\_\_\_, représenté par Me Anaïs Loeffel, avocate à Genève, a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu principalement à l'annulation de la décision, à l'admission d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles subis et l'accident du 28 décembre 2014 et à l'admission des prestations légales de l'assurance-accidents depuis le 3 février 2016 et pour une durée indéterminée. En substance, le recourant a tout d'abord allégué que l'intimée aurait dû examiner la causalité naturelle puis, si celle-ci était remplie, la causalité adéquate. Il a considéré que les douleurs intenses, qui étaient apparues après l'accident puis, de manière plus intense, après la reprise de sa formation de peintre, ne pouvaient s'expliquer que par l'accident, ce d'autant plus qu'il n'avait aucun antécédent. L'accident du 28 décembre 2014 était donc manifestement la cause naturelle des douleurs subies depuis l'accident et jusqu'à ce jour. L'intéressé a ensuite soutenu que selon l'expérience générale de la vie, il était clair que, compte tenu des circonstances, l'accident était grave et susceptible de créer d'importantes séquelles, tant physiques que psychiques. Partant, l'intimée avait procédé à une appréciation arbitraire des preuves et à une constatation inexacte et incomplète des faits, ce qui avait conduit à une violation du droit, dans la mesure où le lien de causalité naturelle et adéquate était manifeste. Finalement, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise, si par impossible la position de la CNA était maintenue. Dans sa réponse datée du 18 avril 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. En résumé, elle a relevé que nul n'était en mesure d'établir l'existence de séquelles physiques de l'accident assuré qui justifiaient encore un traitement ou une incapacité de travail. Les investigations médicales n'avaient en effet pas mis en évidence de troubles ayant un fondement organique dans le sens d'altérations structurelles liées à l'accident du 28 décembre 2014. L'intimée a également estimé que le point de savoir s'il existait un lien de causalité naturelle pouvait rester indécis dans la mesure où l'existence d'une relation de causalité adéquate devait de toute manière être niée. A cet égard, la CNA a retenu que l'accident du 28 décembre 2014 devait être qualifié d'accident de gravité moyenne stricto sensu et qu'aucun des critères à prendre en considération selon la jurisprudence applicable en matière de troubles psychiques après accident n'était rempli. La causalité adéquate et, partant, la responsabilité de l'intimée au-delà du 3 février 2016 devaient dès lors être niées.

Par réplique du 15 mai 2017, le recourant a persisté dans l'intégralité des conclusions prises dans son acte de recours du 3 mars 2017. Il a en particulier considéré que la causalité naturelle était admise puisqu'elle n'avait pas été examinée par l'intimée, avant de répéter qu'il avait ressenti des douleurs au dos et aux cervicales, qui n'avaient jamais complètement disparu, pour la première fois dans les minutes qui avaient suivi l'accident du 28 décembre 2014. L'intéressé s'est ensuite référé à un rapport du 7 février 2017 du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil du Service de l'emploi du canton de Vaud, qui retenait selon lui qu'il existait des doutes sérieux sur sa capacité de travail car il serait en souffrance perpétuelle. Il a encore proposé l'audition des parties s'agissant des traitements suivis. Le recourant a finalement fait valoir que l'accident devait être qualifié de grave. Il a en outre notamment produit le rapport susmentionné du médecin-conseil du Service de l'emploi. Il ressortait en particulier ce qui suit de la « partie à remplir par l'ORP » datée du 30 janvier 2017 dudit rapport : But de la consultation chez le médecin-conseil : Manifestement, il existe des doutes sérieux quant à sa capacité de travail, car l'assuré est vraisemblablement en souffrance perpétuelle depuis le mois de mai. Dans une seconde partie datée du 7 février 2017 et signée par le Dr K. \_\_\_\_\_, il était mentionné que l'assuré était définitivement incapable de travailler comme aide-monteur en échafaudage mais qu'il pouvait exercer une autre activité à 100 % dans tout secteur respectant les limitations (éviter les travaux mettant à contribution la nuque, pas de mouvements répétitifs impliquant la nuque [flexion/extension/rotation/...], pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de port de charge en porte-à-faux de plus de 5 kg, pas de travail régulier avec les bras au-dessus des épaules et pas de position debout prolongée [favoriser l'alternance des positions]). Par duplique du 7 juin 2017, l'intimée a maintenu sa position. Elle a relevé que l'adage « post hoc, ergo propter hoc » ne suffisait pas pour établir un lien de causalité naturelle. La CNA a ensuite estimé que « si le Dr X. \_\_\_\_\_ (sic) » écrivait qu'il existait manifestement des doutes sérieux quant à la capacité de travail du recourant, celui-ci étant vraisemblablement en souffrance perpétuelle depuis le mois de mai, il ne précisait pas en raison de quels troubles sa capacité de travail était diminuée. Cet avis n'était donc pas de nature à remettre en doute les appréciations du Dr S. \_\_\_\_\_. S'agissant de la causalité adéquate, l'intimée a maintenu que l'accident assuré devait être qualifié de gravité moyenne stricto sensu. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 56 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 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 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a). b) En l’occurrence, le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l’assurance-accidents pour la période postérieure au 3 février 2016, plus particulièrement sur le point de savoir s’il existe un rapport de causalité entre les troubles existant au-delà de cette date et l’accident du 28 décembre 2014. 3. a) Aux termes de l’art. 6 al. 1 LAA, si la loi n’en dispose pas autrement, les prestations d’assurance sont allouées en cas d’accident professionnel, d’accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputée 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). b) Le droit à des prestations découlant d’un accident assuré suppose d’abord, entre l’événement dommageable de caractère accidentel et l’atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu’il y a lieu d’admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu’il ne serait pas survenu de la même manière. Il n’est pas nécessaire, en revanche, que l’accident soit la cause unique ou immédiate de l’atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l’événement dommageable, associé éventuellement à d’autres facteurs, ait provoqué l’atteinte à la santé physique ou psychique de l’assuré, c’est-à-dire qu’il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l’événement assuré et l’atteinte en question 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 en assurances sociales. Ainsi, lorsque l’existence d’un rapport de cause à effet entre l’accident et le dommage paraît certes possible, mais qu’elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l’accident doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 129 V 177 consid. 3.1 et 118 V 286 consid. 1b ; TF 8C\_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1). Si on peut admettre qu’un accident n’a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l’assuré et l’accident doit être nié lorsque l’état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l’accident (statu quo ante) ou s’il est parvenu au stade d’évolution qu’il aurait atteint sans l’accident (statu quo sine ; TF 8C\_794/2014 du 3 décembre 2015 consid. 4.2 et la référence citée). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n’est pas rétabli, l’assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l’état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l’accident (TF 8C\_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2 et 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2). c) 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 ; TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2). Il convient en principe d’en rechercher l’étiologie et de vérifier, sur cette base, l’existence d’un rapport de causalité avec l’événement assuré (TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l’accident. Il est encore moins

question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3). 4. a) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 et 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C\_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 3). b) Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). c) Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral. aa) En présence d'une atteinte à la santé psychique non consécutive à de tels traumatismes, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. 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 ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa et 115 V 133 consid. 6c/aa et les références citées ; TF 8C\_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2). Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et 115 V 133 consid. 6c/aa ; TF C\_196/2016 du 9 février 2017 consid. 4, 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C\_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.2.2) : - 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 en cours de guérison et les complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; TF 8C\_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3). Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite du peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat puisse être admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1, 129 V 402 consid. 4.4.1 et 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; TF 8C\_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.2). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne (au sens strict, soit qui ne se trouve pas à la limite de la catégorie des accidents graves ou de peu de gravité), le Tribunal fédéral a retenu que trois critères au moins doivent être réalisés sans intensité particulière ou un critère de manière particulièrement marquée pour pouvoir admettre le lien de causalité adéquate (TF 8C\_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 7.2 et la référence citée). Parmi l'abondante jurisprudence en matière d'accidents de la circulation, on peut préciser qu'un accident de la circulation au cours duquel un véhicule circulant sur l'autoroute dérape et heurte latéralement la glissière de sécurité, et où le passager dudit véhicule percute la portière droite de la tête et de l'épaule et subit de ce fait une commotion cérébrale, une distorsion cervicale et diverses commotions, doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents graves (TF 8C\_182/2009 du 8 décembre 2009). Ont été qualifiés d'accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents graves, une perte de maîtrise sur l'autoroute à la suite de l'éclatement d'un pneu alors que le véhicule roule à 95 km/h et qu'il y a immobilisation sur le toit (TFA U 161/01 du 25 février 2003), une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture (ATFA D. du 30 décembre 1998), ainsi qu'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 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). A été qualifiée de grave, une collision frontale lors de laquelle deux personnes ont été tuées et l'assuré grièvement blessé (TFA U\_145/94 du 15 décembre 1994). bb) En matière de lésions au rachis cervical par accident de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un 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, fatigabilité, dépression, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident. L'existence de lésions au rachis cervical doit être confirmée par des données médicales fiables (ATF 119 V 335 consid. 2 et 117 V 359 consid. 4b ; TF 8C\_384/2013 du 1<sup>er</sup> avril 2014 consid. 3). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de vingt-quatre heures à, au maximum, septante-deux 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). S'agissant plus particulièrement de la causalité adéquate en matière d'accident de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue à celui-ci ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu de raisonner par analogie avec la jurisprudence en matière de troubles psychiques. Il convient donc d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et d'appliquer des critères objectifs analogues. L'examen des critères est toutefois effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques. Ces critères, dont le Tribunal a reconnu le caractère exhaustif, sont formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 6.1) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques ; - 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. Dans le cas où 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, sont relégués au second plan par une atteinte psychique prépondérante, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques (consid. 5c supra ; ATF 123 V 99 consid. 2a ; TF 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.5). L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a ; TF U 302/06 du 4 juin 2007 consid. 3.2.2), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b [U 96/00] ; également ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; TF 8C\_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 et 8C\_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1). d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art.

## **E. 11**

OLAA [ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C\_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.2 et 8C\_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un

événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et la référence citée ; TF 8C\_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2 et 8C\_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2). 5. De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C\_368/2013 du 25 février 2014 consid. 4.2.4). S'agissant des rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les références citées ; TF 4A\_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2). En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une 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. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2.). 6. a) aa) En l'espèce, depuis l'accident, le recourant présente principalement des céphalées, des cervicalgies et des lombalgies. Cela dit, comme l'explique le médecin d'arrondissement de la CNA dans son appréciation médicale du 9 janvier 2017, l'IRM cervicale du 5 février 2015 du Dr L.\_\_\_\_\_ ne montre pas de lésion traumatique identifiable mais uniquement des troubles dégénératifs minimes sous forme d'uncarthrose (uncodiscarthrose C6-C7 et dans un degré moindre C4-C5 et C5-C6 et étalement discal postéro-latéral droit en C6-C7). Le bilan neurologique des 9 et 24 février 2015 du Dr R.\_\_\_\_\_ constate également l'absence de pathologie. Le neurologue juge en effet curieux que les signes cliniques objectivés sur le plan des contractures puissent engendrer une limitation telle que celle de l'intéressé. Pour le surplus, il ne relève aucune limitation de la mobilité de la tête, ni du

rachis dans toutes les directions. Les tests effectués sont qualifiés de négatifs ou stables et le reste de l'examen détaillé de normal. Une composante somatoforme aux douleurs n'est selon lui pas exclue (courrier du 24 février 2015). Enfin, l'examen final du 3 février 2017 du Dr S. \_\_\_\_\_ ne permet pas non plus d'objectiver les plaintes du recourant. L'examen clinique est dans la norme et, bien qu'il ait été parasité par des douleurs annoncées à pratiquement tous les exercices demandés, le médecin d'arrondissement n'observe aucun déficit neurologique ni restriction de la mobilité des ceintures scapulaires ou du rachis. bb) Les autres éléments au dossier corroborent l'absence de lésion organique objectivable. Le Dr J. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic de degré I selon la classification QTF, qui implique l'absence de signes somatiques et une mobilité normale. Il qualifie en outre l'examen neurologique effectué de normal (fiche documentaire du 24 janvier 2015 du Dr J. \_\_\_\_\_) et relève l'absence de limitation au mouvement cervical (rapport médical intermédiaire du 4 mars 2015) et de signe neurologique (courrier du 13 mars 2015 au Dr R. \_\_\_\_\_). Le Dr X. \_\_\_\_\_, quant à lui, insiste également sur l'absence d'élément objectif (sous réserve de la névralgie d'Arnold) pouvant expliquer la symptomatologie de l'assuré (rapport médical pour rechute du 20 août 2016). Finalement, le Dr Z. \_\_\_\_\_ mentionne expressément l'absence de lésion vertébrale dans son diagnostic de cervicalgies chroniques sur ancien accident de la voie publique (prescription de physiothérapie du 22 novembre 2016). L'indication selon laquelle l'assuré était vraisemblablement en souffrance perpétuelle depuis le mois de mai 2016, comme mentionné dans le rapport du 7 février 2017 du médecin-conseil du Service de l'emploi, ne permet pas non plus de remettre en doute l'appréciation du Dr S. \_\_\_\_\_. Premièrement, ce rapport ne précise pas quel trouble causerait cette douleur. Deuxièmement, c'est le conseiller ORP de l'intéressé qui a rempli la partie du rapport où figure cette indication, et non un médecin. Le fait que le Dr K. \_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail de l'intéressé dans son ancienne activité d'aide-monteur en échafaudage est nulle n'est pas non plus pertinent, son appréciation non-étayée ne fournissant là encore aucun argument pour admettre la présence d'une lésion objectivable. cc) L'uncodiscarthrose (C6-C7, et à degré moindre en C4-C5 et C5-C6) constitue ainsi la seule lésion objectivable présentée par le recourant. La Cour observe toutefois qu'aucun médecin n'explique la persistance des douleurs par cette atteinte – le Dr J. \_\_\_\_\_ l'exclut même expressément (courrier du 13 mars 2015 au Dr R. \_\_\_\_\_) – et que rien dans le dossier ne permet d'affirmer que cette dernière est postérieure à l'accident. On ne peut donc conclure à une lésion structurelle significative post-traumatique au degré de la vraisemblance prépondérante. De surcroît, ni l'âge du recourant, ni son (bon) état de santé antérieur n'est de nature à établir l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et l'uncodiscarthrose d'une part, et entre l'uncodiscarthrose et les douleurs persistantes au-delà du 3 février 2016 d'autre part. Le fait que les douleurs ne soient apparues qu'après l'accident (adage « post hoc, ergo propter hoc ») non plus (consid. 3c supra). On relèvera encore que les diagnostics de cervicalgies, de dorso-lombalgies, de neuropathie et névralgie du grand nerf d'Arnold et de coup du lapin posés par les Drs J. \_\_\_\_\_, R. \_\_\_\_\_, W. \_\_\_\_\_, X. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ dans leurs différents rapports médicaux ne sont pas de nature, en tant que tels, à démontrer l'existence d'un substrat organique objectivable. dd) Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'appréciation du Dr S. \_\_\_\_\_ est convaincante, motivée, basée sur le dossier médical complet du recourant et exempte de contradictions, de sorte qu'elle doit être suivie. Par conséquent, c'est à juste titre que la CNA a considéré que les plaintes relatées par le recourant ne peuvent pas s'expliquer sur le plan organique. b) Les troubles invoqués par

l'intéressé étant sans preuve d'un déficit organique objectivable, il convient d'examiner si un lien de causalité peut néanmoins être reconnu avec l'accident du 28 décembre 2014. Pour ce faire, l'intimée examine la causalité adéquate sur la base de la jurisprudence en matière d'atteinte à la santé psychique non consécutive à des traumatismes de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatismes analogues ou de traumatisme cranio-cérébral, au motif que les troubles physiques jouent un rôle tout à fait secondaire dans le cas d'espèce et, partant, sont relégués au second plan. Elle en conclut que sa responsabilité doit être niée. En outre, partant du principe que les conditions pour admettre la causalité adéquate ne sont de toute manière pas réalisées, elle laisse ouverte la question de la causalité naturelle entre l'accident et les plaintes relatées. Le recourant – qui considère que le lien de causalité naturelle et adéquate est manifeste entre les troubles subis et l'évènement du 28 décembre 2014 – conteste cette approche et soutient que tant la causalité naturelle que la causalité adéquate auraient dû être examinées. Il semble en outre considérer que c'est la jurisprudence en matière d'accidents de type « coup du lapin » qui devrait trouver application. aa) Il s'agit dans un premier temps de déterminer la jurisprudence applicable à l'examen du lien de causalité adéquate dans le cas d'espèce. A cet égard, la Cour observe que, bien que le Dr R. \_\_\_\_\_ ait évoqué une possible composante somatoforme aux douleurs dans son rapport du 24 février 2015, le dossier de l'intéressé ne contient aucun élément pouvant évoquer une atteinte psychique prépondérante. Rien ne permet non plus de conclure que des troubles psychiques auraient constitué une atteinte à la santé indépendante. Il n'y a en particulier pas d'indice d'un état dépressif. Par conséquent, la question du lien de causalité adéquate doit être examinée sur la base de la jurisprudence en matière d'accidents de type « coup du lapin ». bb) Cela commence par une analyse de la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. La voiture dans laquelle le recourant avait pris place en tant que passager a été percutée à l'arrière gauche, au niveau de la portière arrière et de la roue arrière gauche qui a été arrachée sous le choc, suite à une perte de contrôle du conducteur sur route gelée. La voiture s'est alors remise dans l'axe et a basculé sur le côté droit du fossé. Les voitures ne circulaient pas à une vitesse particulièrement élevée et les airbags ne se sont pas déclenchés (rapport d'entretien du 17 février 2015, fiche documentaire du 24 janvier 2015 du Dr J. \_\_\_\_\_ et courrier du 24 février 2015 du Dr R. \_\_\_\_\_). Au vu du déroulement de l'accident et de la jurisprudence en la matière (consid. 4c/aa supra), l'évènement du 28 décembre 2014 peut tout au plus être qualifié de gravité moyenne, sans être à la limite supérieure avec les accidents graves. Ainsi, contrairement à ce que le recourant soutient en invoquant un choc violent susceptible de créer d'importantes séquelles physiques et psychiques, il ne fait en aucune manière partie de la catégorie des accidents graves. cc) Compte tenu de la gravité moyenne de l'accident, il faut soit qu'au moins trois critères développés par la jurisprudence soient réalisés, sans que ceux-ci doivent l'être avec une intensité particulière, soit que l'un des critères soit rempli avec une intensité particulière, pour que le lien de causalité adéquate puisse être admis. Or, force est d'admettre que tel n'est pas le cas ici. En effet, en premier lieu, on constate que les circonstances concomitantes de l'accident ne sont pas particulièrement dramatiques et que le caractère de l'accident n'est pas particulièrement impressionnant. Certes, le véhicule où se trouvait le recourant a été passablement endommagé par le choc. Toutefois, au moment de l'impact, les airbags ne se sont pas déclenchés et il n'a pas été fait état d'une vitesse spécialement élevée des protagonistes sur une route enneigée ou verglacée. Le conducteur n'a en outre pas été blessé dans l'accident (fiche documentaire du 24 janvier 2015 du Dr J. \_\_\_\_\_, rapport d'entretien du 17 février

2015 et courrier 24 février 2015 du Dr R. \_\_\_\_\_). On ne peut pas non plus considérer que l'assuré a subi des lésions physiques d'une gravité ou d'une nature particulière. Il s'avère que ce dernier a en particulier souffert de cervicalgies, de dorso-lombalgies et de céphalées après l'accident. Il n'a toutefois pas perdu connaissance et n'a pas eu de choc à la tête (fiche documentaire du 24 janvier 2015). Par ailleurs, on rappellera que le diagnostic de cervicalgies et de dorso-lombalgies ne suffit pas à lui seul pour admettre le critère de gravité de la lésion ; il faut au contraire que les troubles typiques du tableau clinique caractéristique soient particulièrement graves ou que d'autres circonstances influencent l'ensemble des troubles, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (TF U 339/06 du 6 mars 2007 consid. 5.3 et U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.3). Le recourant n'a pas non plus été soumis, durant une période prolongée, à un traitement médical spécifique et pénible, du moment que les soins administrés ont consisté, en substance, en des séances de physiothérapie et à la prise d'anti-inflammatoires et de myorelaxants (en particulier fiche documentaire du 24 janvier 2015 du Dr J. \_\_\_\_\_, rapports médicaux intermédiaires des 1<sup>er</sup> mai et 2 novembre 2015 du Dr W. \_\_\_\_\_ et prescriptions de physiothérapie des 9 septembre et 22 novembre 2016 du Dr Z. \_\_\_\_\_). Il ne résulte pas non plus de l'examen du dossier que les douleurs aient été d'une intensité particulière, l'intéressé ayant d'ailleurs pu reprendre le travail à 100 % dès le 9 mars 2015. Par ailleurs, le recourant n'a pas été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident et il n'existe pas non plus de difficultés apparues au cours de la guérison, ni de complications importantes. Quant au critère de l'importance de l'incapacité de travail, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité. L'intensité des efforts exigibles doit être mesurée à la volonté reconnaissable de l'intéressé de faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7 p. 129 s.). Or, le recourant a pu reprendre son activité antérieure dès mars 2015. Autrement dit, aucun des critères développés par la jurisprudence n'est réalisé en l'espèce. Pour le surplus, comme mentionné ci-dessus (consid. 6b/aa supra), il ne ressort pas du dossier que le recourant ait souffert de troubles psychiques prépondérants suite à l'accident du 28 décembre 2014. Il ne l'invoque d'ailleurs pas. Même si tel était le cas, les conditions pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate au regard des principes applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques) ne seraient de toute manière pas réalisées. En particulier, si le critère des douleurs physiques persistantes pourrait à la rigueur être admis, ce n'est pas le cas des autres critères, notamment celui de la durée anormalement longue d'un traitement médical spécifique et pénible et celui du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (consid. 4c/aa et 6b/cc supra). dd) On constate ainsi qu'aucun des critères développés par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate n'est réalisé dans le cas d'espèce. C'est donc à juste titre que l'intimée estime que la causalité adéquate ne peut pas être admise. Dans ces conditions, même si au vu des constatations médicales il semble peu probable que le recourant ait présenté un tableau clinique caractéristique d'une lésion du type « coup du lapin » ou d'une lésion assimilée, la question de la causalité naturelle peut rester indéterminée (ATF 135 V 465 consid. 5.1 et TF 8C\_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 4). c) En conséquence, c'est à bon droit que la CNA a mis un terme au versement des prestations de l'assurance-accidents à compter du 3 février 2016, au motif que les troubles subsistant au-delà de cette date ne sont plus en lien de causalité adéquate avec l'accident du

28 décembre 2014. 7. a) Si l'administration ou le juge, 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 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc; TF 8C\_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. A ; TF 8C\_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3). b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, à savoir l'audition des parties et la mise en œuvre d'une expertise. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. En particulier, le fait d'entendre l'intéressé sur les mesures thérapeutiques encore en cours ne permettrait pas de remettre en cause l'absence de substrat organique objectivable reconnue par l'ensemble des médecins l'ayant examiné. Par ailleurs, quelle que soit la jurisprudence applicable dans le cas d'espèce – jurisprudence en matière d'accidents de type « coup du lapin » ou de troubles psychiques consécutifs à un accident – aucun des critères de la causalité adéquate n'est rempli (consid. 6b/cc supra), ce qui exclut dans tous les cas toute prestation de la CNA. 8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) 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 étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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