

VD_GERICHTE ZA07.030535 vom 29. März 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-03-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA07.030535

FR: VD_GERICHTE ZA07.030535 du 29 mars 2010

IT: VD_GERICHTE ZA07.030535 del 29 marzo 2010

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 126/07 - 44/2010 CO UR DE S ASSURANCES S
OCIALES _____ Arrêt du 29 mars 2010

_____ Présidence de Mme RÖTHENBACHER Juges : MM. Neu et
Bonard, assesseur Greffier : Mme Vuagniaux ***** Cause pendante entre : P._____, à
Vevey, recourant, représenté par Me Denis Merz, avocat à Lausanne, et CAISSE
NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.
_____ Art. 6 al. 1 LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. Le 12 janvier 2006, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rendu le jugement suivant : « A. P._____, né en 1955, marié et père de deux enfants, était monteur-soudeur au service de W._____, depuis le 1er avril 1987, et, à ce titre, assuré LAA auprès de la CNA. Le 3 février 2000, il a, dans le cadre de son activité professionnelle, après avoir effectué une soudure en fouille, en se redressant, heurté le sommet du front contre un rebord de béton. La déclaration d'accident LAA du 10 février 2000 fait état d'une coupure à la tête ainsi que de douleurs à la nuque. L'assuré a été amené à l'Hôpital [...], où quelques points de suture ont été faits et des médicaments ainsi que le port d'une minerve pendant une semaine lui ont été prescrits. Il a repris son travail en plein le 7 février 2000. P._____ a consulté l'ostéopathe X._____ ou sa collègue pour la première fois le 20 juin 2000, encore une fois durant ce même mois, puis une fois au mois de septembre 2000 et deux fois au mois d'octobre 2000. Dans une attestation datée du 8 novembre 2001, l'ostéopathe a indiqué que, "suite à ce choc violent (réf. : l'accident du 3 février 2000), des cervicalgies sont apparues ainsi que des troubles du sommeil se manifestant par des réveils fréquents. Des pertes de mémoire ainsi qu'une grande fatigue se sont progressivement installé(e)s". X._____ a précisé enfin ce qui suit : "Monsieur P._____ est un patient que je traite depuis plusieurs années. Avant cet incident, il n'a jamais souffert de cervicalgies. Les cervicalgies ainsi que les autres troubles sont à mon avis bien dus au traumatisme". Le 5 avril 2001, il a annoncé une rechute, indiquant avoir arrêté le travail le 4 mars 2001 (incapacité de travail attestée médicalement à partir du 4 avril 2001), essentiellement en raison de douleurs à la nuque. D'une radiographie de la colonne cervicale face, profil, oblique et charnière effectuée le 9 février 2001, le Dr V._____, de l'Hôpital [...], a conclu le 13 février 2001 à l'existence d'une discrète attitude scolioïde et de discopathies C6-C7. Une IRM cervicale a été effectuée le 20 mars 2001 par le Dr L._____, radiologue FMH auprès du Centre d'imagerie diagnostique [...], qui a conclu à une ébauche d'un rétrécissement disco-dégénératif canalair en C6-C7 dans le cadre d'une protrusion discale médio-bilatérale large sans extrusion ni séquestre, à une chondromatose inflammatoire (Modic I) associée, sans inflammation du disque lui-même, ainsi qu'à une ébauche d'une discopathie simple en C5-C6 et à l'absence de processus expansif ou compressif médullaire.

- 3 - Le 23 avril 2001, la Dresse M. _____, spécialiste en médecine interne, rhumatologie et médecine manuelle, a établi, à l'attention du médecin-traitant, le Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine interne, un rapport dans lequel elle a relaté que, depuis l'événement accidentel du 3 février 2000, le patient se plaignait de cervicalgies axiales, plutôt haut situées, prédominant dans la région occipitale, irradiant vers l'arrière du scalp et s'étalant en nappe vers les deux épaules sans irradiation aux membres supérieurs, et qu'à l'acmé des céphalées apparaissaient des douleurs rétro-orbitaires sans vertiges ni nausées associés. Elle a en outre notamment estimé possible la présence d'un trouble somatoforme douloureux, "au vu de la présentation d'un patient au faciès déprimé et quelque peu tendu et d'un tableau qui [lui semblait] discordant et amplifié". "Afin de calmer la situation", elle a rédigé un certificat d'arrêt de travail de quinze jours. Dans un rapport médical LAA du 4 mai 2001, la Dresse M. _____ a diagnostiqué des cervicalgies et des céphalées postérieures post-traumatiques en aggravation, avec un important syndrome cervical. La praticienne a répondu en outre que ces lésions n'étaient probablement pas dues uniquement à l'accident et qu'"un état anxio-dépressif surajouté, faisant peut-être partie d'un syndrome post-traumatique subjectif, [amplifiait] le tableau". Entendu le 23 mai 2001 par un inspecteur de la CNA, l'assuré a expliqué qu'avant l'accident du 3 février 2000, il n'avait jamais eu de problèmes avec sa nuque et n'était pas spécialement sujet aux migraines et que, juste après cet événement, il n'avait pas spécialement mal à la nuque, mais surtout dans la boîte crânienne. Il a confirmé avoir repris son activité à 100 % le 7 février 2000 et avoir terminé son traitement le 8 février 2000; à la reprise, il avait encore un peu mal à la tête, comme quelqu'un qui n'a pas assez dormi par exemple; la nuque était en ordre à ce moment-là; depuis lors, il n'a eu que quelques maux de tête qui passaient avec un Aspégic 1000 et il ne ressentait plus de douleurs à la nuque; dès la mi-novembre 2000, il a commencé à avoir de plus en plus mal à la tête et à avoir besoin de faire craquer sa nuque pour faire passer le sentiment de blocage; son épouse le frictionnait avec du Voltaren gel et il prenait de l'Aspégic; constatant que cela ne passait pas, il a consulté en janvier 2001 le Dr J. _____; ce médecin, ne voyant pas d'amélioration malgré le traitement, a adressé l'intéressé à la Dresse M. _____, qui lui a entre autres conseillé de porter toujours sa minerve; au jour de l'entretien, P. _____ a expliqué ne pas aller bien, avoir mal en permanence à la tête et à la nuque et ressentir comme de l'électricité à cet endroit, cette douleur irradiant jusque dans les épaules, voire parfois les mains (fourmillements). Après avoir soumis le dossier à son médecin-conseil, le Dr N. _____, la CNA a rendu le 31 mai 2001 une décision dans laquelle elle a refusé l'octroi des prestations d'assurance, au motif que les troubles à la nuque annoncés le 5 avril 2001 ne sont pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 3 février 2000. L'assuré a formé opposition les 13 juin et 20 septembre 2001.

- 4 - Dans une appréciation du 27 septembre 2001, le Dr N. _____ a considéré que le mécanisme de l'accident et l'évolution simple du cas ne correspondaient en aucune manière à une entorse cervicale bénigne, à un coup du lapin ou à un whiplash; les investigations effectuées un an plus tard ont clairement montré des lésions dégénératives; le médecin-conseil a en outre relevé que la Dresse M. _____ avait observé un tableau discordant et amplifié suggérant un trouble somatoforme douloureux et avait clairement mis en doute l'existence d'une relation de causalité naturelle entre le traumatisme bénin du 3 février 2000 et les troubles actuels. Par décision sur opposition du 5 octobre 2001, la CNA a confirmé sa décision refusant de prendre en charge la rechute. Elle s'est référée notamment aux déclarations de P. _____ à l'inspecteur de la CNA, du 23 mai 2001, selon lesquelles

il n'aurait pas ressenti de troubles à la nuque tout de suite après l'accident et que la nuque était en ordre, lors de la reprise du travail, le 7 février 2000. Ce n'était que depuis mi-novembre 2000 que l'assuré avait de plus en plus mal à la tête. L'assureur-accidents s'est en outre référé aux rapports de la Dresse M. _____ et du Dr N. _____. Le critère de la vraisemblance prépondérante entre les troubles annoncés dans la déclaration de rechute et l'accident n'étant pas réalisé, la CNA a considéré ne pas être tenue à prestations. B. Par acte du 14 novembre 2001, P. _____ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances et a conclu à l'octroi par la CNA des prestations de l'assurance-accidents suite à l'accident du 3 février 2000. Il requiert la mise en œuvre de mesures d'instruction, soit l'interpellation de ses médecins traitants, la mise en œuvre d'une expertise et l'audition de témoins. Il souligne la violence du choc qu'il a subi le 3 février 2000. Se fondant notamment sur l'attestation de l'ostéopathe X. _____, il relève que depuis l'accident jusqu'à la rechute, il a été en traitement et a consommé des médicaments contre la douleur, ce qui lui a permis de poursuivre cahin-caha son activité professionnelle. Ainsi, les douleurs ont été continues depuis l'accident du 3 février 2000, de sorte que la CNA est tenue à accorder ses prestations pour la rechute. Le recourant a notamment produit une attestation du Dr O. _____, médecin-assistant auprès de l'Hôpital [...], du 12 novembre 2001, relative au traitement aux urgences du 3 février 2000 et diagnostiquant une plaie au front d'environ 2 cm et des cervicalgies d'origine musculaire. Il n'a pour autant pas constaté de traumatisme cervical. Dans sa réponse du 11 février 2002, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle écarte l'avis de l'ostéopathe X. _____, qui n'est pas médecin et qui se fonde sur l'adage "post hoc, ergo propter hoc"; elle souligne que le port d'une minerve pendant une semaine n'est pas décisif. L'intimée souligne en outre que P. _____ a repris le travail quatre jours après l'accident et a clairement dit à l'inspecteur de la CNA qu'il avait encore un peu mal à la tête, comme quelqu'un qui a mal dormi, mais que la nuque était en ordre. Elle note que les examens médicaux font état de lésions dégénératives et scoliotiques au niveau des vertèbres cervicales C6-C7 et d'une

- 5 - ébauche de discopathie simple en C5-C6. Enfin, une composante psychique participe aux douleurs, comme l'a relevé la Dresse M. _____, qui évoque un trouble somatoforme douloureux en présence d'un patient au faciès déprimé et d'un tableau clinique qui lui semble discordant et amplifié. Le recourant, dans sa réplique du 29 avril 2002, et l'intimée, dans sa duplique du 18 juin 2002, ont chacun maintenu leurs positions respectives. Le recourant a versé, le 19 février 2003, trois déterminations médicales du Prof. R. _____, du Centre anti-douleur de [...], des 8 novembre 2002 et 14 février 2003. Le rapport du 8 novembre 2002 retient, après investigations et traitement, qu'il est fort probable que l'origine des douleurs soit à chercher dans les articulations intervertébrales C2-C3 et C3-C4; l'un des deux rapports du 14 février 2003 attribue l'origine des douleurs à l'accident de février 2000, étant donné que P. _____ ne souffrait d'aucune gêne ou douleur cervicale avant celui-ci et que la localisation des douleurs est compatible avec une lésion résultant du traumatisme subi, soit avec une force importante imposée au niveau du disque et des articulations postérieures cervicales; est toutefois relevé qu'il existe d'autres mécanismes, articulaires ou discaux, qui pourraient éventuellement expliquer la composante persistante des douleurs. Se déterminant le 20 mars 2003 sur ces rapports, la CNA s'est déclarée ouverte à des mesures d'instruction complémentaires sur le plan médical. Le recourant a en outre produit un rapport du 14 novembre 2002 de la Dresse M. _____, qui estime que l'évolution sur le plan douloureux demeure celle d'un tableau douloureux chronique cervico-scapulaire avec d'importantes céphalées, malgré plusieurs mesures thérapeutiques.

P. _____ a encore produit deux rapports médicaux, le premier établi le 10 juin 2003 par le Prof. R. _____, le second établi le 26 juin 2003 par le Dr C. _____, professeur associé, chirurgien orthopédiste FMH et spécialiste de la colonne vertébrale, auprès de la Clinique du dos [...]. Le premier rapport constate, après de nombreux examens et traitements, la rupture d'une grande partie de l'anneau fibreux du disque C6-C7 et, après tests, que le disque C6-C7 est à l'origine des douleurs persistant chez le patient, après une dénervation facettaire C2-C3 et C3-C4 bilatérale. Le second rapport indique notamment que l'examen radiologique pratiqué sur une IRM de 2001 montre la présence d'une importante lésion discale C6-C7 avec déshydratation de la structure discale, bombement discal postérieur et réaction inflammatoire péri-discale dans les deux corps vertébraux adjacents, sous forme de signe de Modic; cette lésion est à nouveau constatée par la dernière discographie effectuée par le Prof. R. _____, qui reproduit de façon concordante la symptomatologie douloureuse du patient. Pour le Dr C. _____, les symptômes du patient sont à mettre en relation avec la lésion discale C6-C7, qui est probablement post-traumatique, selon l'IRM et la discographie récente.

- 6 - La mise en œuvre d'une expertise a été confiée au Dr S. _____, à l'Institution de [...], qui a déposé son rapport d'expertise le 16 février 2004 et qui conclut que les douleurs à la nuque annoncées par l'assuré le 5 avril 2001 sont en partie en relation avec le dysfonctionnement zygo-apophysial cervical supérieur d'origine traumatique (traumatisme axial) survenu en février 2000, avec comme symptôme principal des céphalées cervicogéniques. Il est vraisemblable que la douleur cervicale supérieure et les céphalées, qui en sont l'expression directe, soient en relation de causalité avec l'accident cervical axial du 3 février 2000. Les douleurs à la nuque annoncées sont en relation avec une chondromatose inflammatoire para-vertébrale C6-C7, décrite sous la dénomination radiologique de "Modic I", d'origine probablement traumatique, pour laquelle le traumatisme du 3 février 2000 a joué un rôle déclenchant (causalité partielle) et qui est traitée depuis fin 2002 - début 2003. Cette chondromatose inflammatoire C6-C7 représente aujourd'hui une lésion active invalidante, en relation partielle avec le traumatisme de février 2000, et est vraisemblablement favorisée par des lésions sur micro-traumatismes antérieurs. Actuellement, soit au mois de janvier 2004, l'incapacité de travail de l'expertisé est en relation avec des facteurs d'origine accidentelle et avec des facteurs étrangers à l'accident en cause. Pour ce qui est de ces derniers facteurs, P. _____ souffre d'un syndrome lombo-vertébral chronique, sur discopathie L5-S1 ainsi que de discopathies dégénératives C5-C6 et C6-C7, mais il se plaint surtout de cervicalgies. Il est difficile de faire la part des choses – c'est-à-dire de quantifier – l'importance réciproque de ces facteurs. La part de l'accident est de 50 % et la part de l'atteinte extra traumatique également de 50 %. En l'absence d'autres éléments et compte tenu des incertitudes, l'expert estime que la capacité de travail de l'assuré, en relation avec l'accident, est limitée à 50 %. Actuellement, compte tenu de la chondromatose inflammatoire, aucune activité adaptée n'est exigible. Le recourant, le 4 mai 2004, et l'intimée, le 18 juin 2004, se sont déterminés sur l'expertise et ont requis que l'expert se prononce sur un questionnaire complémentaire. LA CNA a aussi produit un rapport établi le 28 mai 2004 par des médecins de sa Division médicale, les Drs G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et Q. _____, neurologue, et a souhaité que le Dr S. _____ se détermine sur leur appréciation. Ces deux médecins estiment en effet que les conclusions de l'expert sont infondées. L'expert S. _____ a déposé un rapport complémentaire le 26 août 2004, dans lequel il s'est déterminé sur les différents points et critiques et a répondu aux différentes questions qui étaient soulevées. Il

confirme son appréciation antérieure. La CNA s'est déterminée le 12 octobre 2004 sur ce rapport et s'en est remise à justice. P. _____ a souligné le 18 octobre 2004 qu'il présentait "des séquelles résultant d'un traumatisme qualifié de conséquent". C. Une audience d'instruction, de débats et de jugement a été tenue le 12 janvier 2006. Ont à cette occasion été entendus comme

- 7 - témoins D. _____, chef de secteur au service de W. _____, B. _____, monteur-soudeur travaillant pour la même compagnie, ainsi que T. _____, aide-monteur au service de ladite compagnie. Il en ressort que l'accident est survenu alors que le recourant et d'autres employés, parmi lesquels D. _____ et T. _____, travaillaient à la réfection d'une conduite défectueuse au moyen d'un entubage, dans une fouille. Au moment de prendre des outils, l'assuré s'est cogné très fortement la tête contre un rebord, le choc étant "d'une bonne violence". Etourdi, il n'a pas répondu tout de suite à une question de D. _____; ce dernier, voyant ce qui était arrivé, l'a aidé à sortir, puis il l'a conduit à l'hôpital. Il était blessé, avec une plaie dont coulait du sang. Le 7 février 2000, P. _____ a repris son travail; il était encore un peu "sonné", avait des points de suture et un peu mal à la tête. T. _____ voyait qu'il avait mal. A la suite de cette reprise de travail, D. _____ n'a pas constaté chez le recourant des difficultés particulières, si ce n'est des maux de tête à une ou deux reprises. A son souvenir, le recourant ne parlait pas de ses traitements et il n'a pas demandé d'allègement de son travail. Ce témoin a été surpris qu'il arrête le travail en avril 2001. Quant à P. _____, il explique que, pour ce qui est des circonstances de l'accident, il travaillait au raccordement de branchements et qu'en se levant après avoir pris des outils, il s'est cogné le haut du crâne sur du béton. Il a alors perdu connaissance pendant quelques secondes. Il a repris son travail le 7 février 2000, à 100 %, sans allègements de ses tâches. Il n'a ensuite pas eu d'arrêt de travail. Il cachait sa difficulté à porter des tuyaux lourds en se faisant aider par son aide. Il avait quelquefois mal au dos. Entre juin et octobre 2000, il a consulté un ostéopathe, car sa nuque était très douloureuse. Pendant cette période de reprise de travail, il prenait des médicaments anti-douleurs afin de supporter ses douleurs. Il a tenu ainsi jusqu'à ce que ses douleurs soient si fortes qu'il ne puisse plus manger. Il a essayé une fois de faire du ski. Il ne peut plus faire de sport, en particulier à cause des cervicales. Il a été licencié au mois d'octobre 2001, soit six mois après l'arrêt de travail du mois d'avril 2001. Il a reçu des indemnités de l'assurance-maladie jusqu'à leur terme maximal. P. _____ était concierge déjà avant son accident, pour un revenu de 600 à 700 francs. Il a gardé cette activité jusqu'en août 2005, date d'un changement de gérance. Après l'accident, c'étaient en réalité son fils et son épouse qui faisaient le travail à sa place. Ses revenus consistent en une rente AI à 100 % et une "minime" rente de prévoyance professionnelle. Concernant ses douleurs actuelles, l'intéressé a de la peine à s'endormir, ses douleurs descendent le long du corps avec des fourmillements; il a besoin de temps le matin pour pouvoir bouger sa musculature. Il s'aère, fait de la marche, mais pas à la montée. Enfin, l'assuré expose n'avoir presque jamais manqué le travail avant son accident; il importait peu qu'il ait mal au dos ou non. Il vivait "à 200 à l'heure". E n d r o i t : 1. La loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales. Elle

- 8 - n'est toutefois pas applicable en l'espèce, le juge des assurances sociales n'ayant pas à tenir compte des modifications du droit ou de l'état de fait survenues après que la décision litigieuse (in casu, du 5 octobre 2001) a été rendue (cf. notamment ATF 127 V 466 consid.

1; 121 V 362 consid. 1b; ATFA du 23 janvier 2003, I 765/02; ATFA du 23 janvier 2003, U 113/02). 2. Interjeté dans le délai légal de trois mois dès la notification de la décision attaquée, le recours est recevable en la forme (art. 106 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 [ci- après : LAA]). 3. a) Selon l'article 6 alinéa 1er LAA, si la présente 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire (art. 9 al. 1er de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [ci-après : OLAA]). La condition de l'atteinte dommageable concerne la santé physique ou mentale; l'assuré a besoin au moins d'une mesure diagnostique, le plus souvent d'un traitement médical, ou il subit une incapacité de travail (Greber/Kahil-Wolff, Introduction au droit suisse de la sécurité sociale, 2ème édition, Genève 2003, n. 289, p. 122; Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance- accidents (LAA), Lausanne 1992, p. 44). b) 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 en assurances sociales. 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; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b; RAMA 1997 U 275 p. 188 consid. 1b; cf. aussi Ghélew/Ramelet/Ritter, op. cit., pp. 51 s.; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, pp. 458 ss).

- 9 - En effet, selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 78 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf disposition contraire de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérant. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse seulement être considéré comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de faits allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables. Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 113 V 307 consid. 3a; ATF 112 V 30 consid. 1a et les références citées; RCC 1986 p. 200 consid. 2; RCC 1984 p. 465 consid. 3b; RAMA 1985 K 613 p. 19; RAMA 1984 K 600 p. 269 consid. 1). Ainsi, d'après la jurisprudence, il appartient à l'assuré de rendre plausible que les éléments dont il

se prévaut sont réunis en l'occurrence. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou, du moins, pour vraisemblables, le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices (ATF 116 V 136 consid. 4b). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle; l'assureur-accidents répond en effet aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb p. 365; RAMA 1991 U 121 p. 95, cité par Ghélew/Ramelet/Ritter, op. cit., p. 52 in initio; RAMA 1993 U 160 p. 34; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in SBVR [Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht] n. 39). c) L'article 11 in initio OLAA prévoit que les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives. Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une incapacité de travail. On parle de suite tardive, lorsqu'une affection apparemment guérie provoque au bout d'un certain temps des désordres organiques ou aussi psychiques, révélateurs possibles d'une symptomatologie différente de l'affection première. Les rechutes et les suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel existant. 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, d'une part, et, d'autre part, son atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées).

- 10 - Ce n'est que si la causalité naturelle est établie par l'assuré au degré de vraisemblance prépondérante qu'existera une nouvelle obligation de prêter de l'assureur (RAMA 1994 U 206 p. 326 consid. 3b). En outre, plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (ATFA du 22 août 2000, U 386/99, consid. 4; RAMA 1997 U 275 p. 188 consid. 1c). d) D'après l'article 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1er); les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident; toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) a à cet égard souligné que, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). 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 (ATFA du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3; ATFA du 14 mars 2000, U 266/99; RAMA 1992 U 142 p. 75). 4. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, le TFA considère comme déterminant que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne

en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ni l'origine de l'avis ni le fait que le compte-rendu – que celui-ci ait été produit ou ait été établi sur requête – soit désigné par les termes de rapport ou d'expertise ne sont ainsi déterminants quant à la force probante du moyen de preuve (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées; ATF 125 V 351 consid. 3a; RAMA 2000 KV 124 p. 214; RAMA 2000 U 408 p. 407 consid. 1b). 5. En l'espèce, le dossier a été abondamment instruit sur le plan médical. Seule entre en ligne de compte la question de la causalité entre les atteintes somatiques décrites par l'expert et les médecins consultés, qui sont génératrices de douleurs et d'incapacité de travail, et l'accident assuré.

- 11 - Il n'est pas contesté qu'une part de l'atteinte à la santé présentée par le recourant est d'origine malade. Il convient de déterminer si, avec l'expert, on peut retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la douleur cervicale supérieure et les céphalées qui en sont l'expression directe sont en relation de causalité avec l'accident cervical axial du 3 février 2000, la part de l'accident dans l'incapacité totale de travail étant de 50 %. 6. a) Dans son expertise du 16 février 2004, l'expert S. _____ retient que l'évolution est un tableau douloureux chronique cervico- scapulaire, avec d'importantes céphalées. Il note que le Prof. R. _____ et le Dr C. _____ ont constaté, le 10 juin 2003, la rupture d'un anneau fibreux C6-C7, qui est, selon eux, d'origine post- traumatique. Pour l'expert, le bref étourdissement lors de l'accident est un argument en faveur d'un traumatisme conséquent (et donc à l'encontre d'un accident bagatelle). Il estime aussi que l'accident a provoqué une distorsion cervicale, non contestable sur la base des documents à disposition et des douleurs cervicales d'origine musculaire et ligamentaire documentée (cf. le rapport d'accident du 23 mai 2001, signé par P. _____, auquel l'expert se réfère). La prescription d'une minerve est l'élément le plus important qui atteste d'une lésion cervicale. En revanche, l'assuré n'a pas été victime d'un coup du lapin car il y a eu une implication directe de la tête dans le choc. Le Dr S. _____ estime qu'il y a lieu de donner la préférence au rapport de la Dresse M. _____ d'avril et mai 2001 par rapport aux déclarations que l'intéressé a faites à l'inspecteur de la CNA en mai 2001, qui doivent être relativisées. P. _____ a déclaré à la Dresse M. _____ qu'il souffrait de cervicalgies depuis l'accident. A l'inspecteur de la CNA, il a déclaré, en revanche, que ses douleurs avaient régressé lors de la reprise du travail, quatre jours après l'accident du 3 février 2000, qu'il n'avait pas eu de consultation médicale en 2000, ni n'avait souffert de cervicalgies entre février et l'automne 2000, les douleurs n'étant réapparues qu'à mi-novembre 2000. Il convient à cet égard de noter que c'est sur la base de ces déclarations que la CNA a refusé d'admettre la rechute annoncée le 5 avril 2001. Pour l'expert, l'accident du 3 février 2000 a, en plus de la distorsion cervicale, provoqué un dysfonctionnement cervical supérieur, dont l'existence est établie par les faits suivants : - P. _____ s'est plaint de céphalées, depuis le traumatisme, à la Dresse M. _____; - l'origine des douleurs au niveau des facettes articulaires cervicales supérieures est confirmée par les interventions pratiquées par le Prof. R. _____ à fin 2002 - début 2003, qui ont soulagé l'expert de ses céphalées et d'une partie de ses douleurs cervicales; il s'agit donc de céphalées cervicogéniques. Est en relation de causalité vraisemblable avec l'accident :

- 12 - - l'atteinte douloureuse, soit le dysfonctionnement zygo- apophysial cervical supérieur bilatéral par micro-lésions lors de la distorsion cervicale aiguë de février 2000, traitée

depuis la fin 2002 - début 2003; ce dysfonctionnement est encore en partie douloureux aujourd'hui. Est seulement en relation de causalité partielle avec l'accident : - la chondromatose inflammatoire paravertébrale C6-C7, actuellement active, qui a vraisemblablement été favorisée par des lésions sur micro-traumatismes antérieurs. Ne sont en revanche pas en relation avec l'accident : - le syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathie L5-S1; - les discopathies dégénératives C5-C6 et C6-C7; - les lombalgies sur discopathies L5-S1; - l'asymétrie positionnelle discrète des masses latérales de l'atlas sur l'axis. Tout en estimant qu'il est difficile de quantifier sur le plan de l'incapacité de travail l'importance réciproque des facteurs accidentels et non accidentels, l'expert estime à 50 % la part de l'accident dans l'incapacité de travail actuelle, le reste des 50 % étant dus aux atteintes à la santé extra-traumatiques. Il précise que la chondromatose inflammatoire C6-C7, qui est actuellement l'atteinte la plus invalidante, provient pour partie de causes non liées à l'accident du 3 février 2000. En raison de cette atteinte, aucune activité adaptée n'est exigible. Les lombalgies peuvent participer à l'incapacité de travail actuelle, mais elles existent depuis une vingtaine d'années sans avoir provoqué une incapacité de travail de longue durée. Les autres troubles présentés par l'expertisé sont dus au développement de la chondromatose C6-C7, qui est à l'origine du syndrome cervical douloureux sévère et totalement invalidant actuel. Pour l'expert, qui se fonde sur la doctrine médicale, l'origine de la chondromatose résulte de micro-traumatismes répétés, provoquant des micro-lésions et pouvant entraîner un processus inflammatoire. Sur cette base, l'expert S._____ construit l'explication suivante : "tout se passe comme si" - le traumatisme du 3 février 2000 a déclenché un processus lentement progressif, à localisation cervicale inférieure, à l'origine d'une bonne partie de l'état actuel; c'est "la goutte qui fait déborder le vase", comme énième traumatisme au niveau cervical inférieur; - ce processus est devenu progressivement symptomatique au cours de l'année 2000 et totalement invalidant depuis 2001. L'expert examine ensuite la question de savoir si ce processus invalidant se serait produit sans l'accident du 3 février 2000. Faute d'éléments permettant de répondre avec exactitude à

- 13 - cette question, il envisage différentes hypothèses et estime qu'il y a lieu d'admettre les éléments suivants : - l'accident a provoqué un traumatisme axial par transfert d'énergie; - il y a eu un traumatisme crânien probablement aussi cérébral, la preuve étant la petite commotion cérébrale et la distorsion cervicale avec dysfonctionnement zygo-apophysial supérieur (l'expert estime que cette distorsion est établie); - ce dysfonctionnement provoque sur le plan subjectif, des céphalées cervicogéniques; - le traumatisme cervical axial est en outre la cause partielle et déclenchante du processus cervical inférieur, appelé "chondromatose inflammatoire périvertébrale C6-C7", qui est invalidant pour toute activité. En résumé et en réponse aux questions qui lui sont posées, l'expert estime ce qui suit en ce qui concerne les douleurs à la nuque : 1. les douleurs à la nuque annoncées dans la rechute du 5 avril 2001 sont en partie en relation de causalité avec le dysfonctionnement zygo-apophysial cervical supérieur d'origine traumatique, le symptôme principal étant les céphalées dites cervicogéniques; la causalité accidentelle est vraisemblable pour les douleurs cervicales supérieures et les céphalées; 2. les douleurs à la nuque sont pour une autre partie en relation de causalité avec la chondromatose inflammatoire C6-C7 (Modic I), qui est d'origine probablement traumatique; la causalité n'est que partielle, le traumatisme jouant le rôle de facteur déclenchant; la chondromatose est probablement d'origine traumatique (ce qui correspond à "vraisemblablement"). En d'autres termes, il existait un état dégénératif préexistant à l'accident du 3 février 2000, mais asymptomatique. L'accident, par son mécanisme, a provoqué le traumatisme décrit ci-dessus, qui est la source des

céphalées et d'une partie des douleurs à la nuque. Ces douleurs subsistent encore partiellement aujourd'hui. L'autre partie des douleurs à la nuque vient de la chondromatose, qui a été déclenchée par l'accident, mais résulte aussi de multiples micro-traumatismes. b) Dans leur analyse du 28 mai 2004, les Drs G. _____ et Q. _____ de la CNA critiquent l'expertise S. _____, dans la mesure où l'expert a relativisé, dans son anamnèse, l'absence de douleurs à la nuque déclarées par l'assuré à l'inspecteur de la CNA, du 7 février 2000 à mi-novembre 2000. Ils relèvent que la Dresse M. _____ a indiqué, dans son rapport du 4 mai 2001, que la causalité était tout au plus possible (en réalité, la Dresse M. _____ a répondu par "probablement non" à la question "les lésions sont-elles dues uniquement à l'accident ?", en précisant qu'"un état anxio-dépressif surajouté, faisant peut-être partie d'un syndrome post-traumatique subjectif, amplifie le tableau").

- 14 - Les médecins de la CNA analysent ensuite le rapport de la Dresse M. _____ du 14 novembre 2002, qui pose un diagnostic qu'ils qualifient de descriptif. Ils relèvent ensuite que, pour le Prof. R. _____, l'origine des douleurs n'est pas évidente. Ils estiment que, quatre ans après l'accident, il y a lieu d'être prudent face aux déclarations tardives de P. _____, par rapport aux déclarations plus anciennes qu'il avait faites. Puis les Drs G. _____ et Q. _____ discutent abondamment du premier diagnostic de l'expert S. _____, "dysfonctionnement zygo-apophysial supérieur", puis du second, "chondromatose inflammatoire périvertébrale C6-C7", dont la possibilité d'une origine traumatique est loin d'être établie. Enfin, les médecins de la CNA adressent les critiques suivantes à l'expertise du Dr S. _____ : - ils estiment qu'il est parti sur des hypothèses pour construire sa démonstration de la causalité accidentelle; - il n'a pas motivé pourquoi la chondromatose exprimait un processus actif certainement invalidant; - ils estiment que l'anamnèse est tendancieuse; - il n'y a pas de vraie confrontation entre les données anamnestiques, cliniques et radiologiques; - à titre d'exemple, ils citent, en particulier, la discordance entre les données subjectives et objectives ou radiologico-cliniques, qui n'a pas été relatée, bien qu'elle soit évidente; - l'expert S. _____ n'a pas mentionné que les douleurs qu'il décrit s'inscrivent en général dans un contexte maladif; le fait qu'elles se développent dans une évolution post-accidentelle, qu'elles répondent ou non à un traitement, ne permet pas de déduire leur origine post-traumatique; - l'anamnèse post-accidentelle ne relate pas des douleurs cervicales particulièrement invalidantes attachées à ce type de traumatisme; - enfin, P. _____ a travaillé de longs mois, avant d'interrompre subitement ses activités professionnelles. Les Drs G. _____ et Q. _____ écartent donc les conclusions de l'expert S. _____. c) Dans son expertise complémentaire du 26 août 2004 établie en réponse au rapport des Drs G. _____ et Q. _____ et aux questions des parties et du juge, l'expert S. _____ s'attache à distinguer les éléments qui plaident pour ou contre l'existence d'un état franc de douleurs entre le 3 février 2000 et le 13 mars 2001, date à partir de laquelle les cervicalgies sont admises. Pour lui, l'accident du 3 février 2000 a été le facteur déclenchant d'un processus actif évolutif, qui apparaît progressivement, avec des douleurs progressives de plus en plus invalidantes, et amène P. _____ à consulter dans les quatre mois

- 15 - qui suivent l'accident (juin 2000). Il se réfère à ce sujet à une étude qu'il joint en annexe (thèse rédigée en anglais par D. Mitra, V. N. Cassar-Pullicino et I. W. McCall, intitulée "Longitudinal study of vertebral type-1 end-plate changes on MR of the lumbar spine" et publiée sur internet le 2 avril 2004). Le traumatisme du 3 février 2000 est, d'après l'expert, une des causes du processus progressivement invalidant, mais la plus importante.

Le rôle de l'accident dans ce processus évolutif est établi par la présence de cervicalgies initiales incontestables par l'importance admise du traumatisme. Les micro-traumatismes ne sont pas des accidents, mais l'expression de l'usure des articulations dans une vie active habituelle. L'accident en cause a déclenché ce processus évolutif, qui ne devient invalidant qu'après plusieurs mois d'évolution. L'expert confirme encore que les discopathies C5-C6 et C6-C7 sont d'origine dégénérative, mais qu'elles étaient asymptomatiques jusqu'à l'accident du 3 février 2000. Il précise enfin que l'accident du 3 février 2000 n'a pas causé une distorsion cervicale (la conséquence du "coup du lapin"), mais bien un traumatisme cervical et cranio-cérébral, qui a pu entraîner une commotion cérébrale et qui a déclenché un processus à caractère évolutif, lequel n'est devenu invalidant qu'après plusieurs mois d'évolution. 7. a) Le tribunal de céans retient que les rapports médicaux ne permettent pas d'établir que la causalité est donnée au degré de la vraisemblance prépondérante entre, d'une part, l'accident du 3 février 2000 et, d'autre part, les troubles et l'incapacité de travail annoncés comme rechute. En effet, les critiques des Drs G. _____ et Q. _____ apparaissent bien fondées et plusieurs éléments infirment la position de l'expert S. _____. b) Il apparaît difficile de passer sous silence les déclarations de l'assuré à l'inspecteur de la CNA, qu'il a signées; P. _____ y fait état de l'absence de douleurs significatives à partir de la reprise de son travail, le 7 février 2000. L'expert donne la préférence au rapport de la Dresse M. _____ par rapport aux déclarations faites par l'intéressé à la CNA. Certes, cette praticienne mentionne des cervicalgies qui seraient présentes depuis l'accident, mais elle précise qu'il s'agit de plaintes et se fonde ainsi uniquement sur les déclarations du recourant quant à la persistance des douleurs depuis l'événement incriminé, alors que ni le bilan radiographique du 9 février 2001, ni l'IRM cervicale du 20 mars 2001 ne mettent en évidence une atteinte significative ni n'indiquent des lésions traumatiques. Certes, le Dr O. _____, de l'Hôpital [...], diagnostique des cervicalgies, mais celles-ci n'étaient pas suffisamment significatives pour justifier un traitement. A cela s'ajoute l'absence d'éléments motivés dans les rapports de la Dresse M. _____ des 23 avril et 4 mai 2001 permettant de rattacher les douleurs au traumatisme. Le trouble somatoforme douloureux et l'état dépressif évoqués par cette praticienne n'ont pas été constatés par l'expert S. _____; il n'y a dès lors pas lieu d'examiner une éventuelle causalité adéquate entre l'événement accidentel et ces affections psychiques.

- 16 - Les déclarations de l'ostéopathe ne sauraient être retenues, dans la mesure où elles ne reposent pas sur des diagnostics médicaux. En tout état de cause, si les douleurs avaient été intenses de façon permanente, P. _____ n'aurait pas pu reprendre le travail quatre jours après l'événement accidentel déjà; il aurait consulté un spécialiste et arrêté le travail plus tôt, bien avant le début de l'année 2001, malgré sa tendance à l'auto-médication et bien qu'il se soit satisfait dans un premier temps des services d'une ostéopathe. c) Certes, le Prof. R. _____ et le Dr C. _____ estiment probable l'origine traumatique des lésions diagnostiquées. Toutefois, la seule motivation à l'appui de cette thèse est énoncée dans un rapport du premier daté du 14 février 2003 et n'emporte pas la conviction, au degré de la vraisemblance prépondérante requis. En effet, d'une part, ce médecin n'émet qu'une hypothèse en écrivant que "la localisation des douleurs est compatible avec une lésion résultant du traumatisme subi"; d'autre part, il constate simplement qu'il n'existait aucune gêne ou douleur cervicale avant celui-ci. Or, selon la jurisprudence, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; ATFA du 7 juin 2004, U 19/03, consid. 2.2; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA

1999 U 341 p. 407 consid. 3b). d) Par ailleurs, l'expert S. _____ admet lui-même que le tableau de douleurs extrêmes après l'accident n'est pas réalisé chez l'assuré, parce que l'on se trouve en présence d'un processus évolutif. Il estime cependant que l'existence de cervicalgies initiales est incontestable, de même que l'existence d'une commotion cérébrale lors de l'accident. Le port d'une minerve en est selon lui l'élément de preuve le plus important. Or, le fait que le port d'une minerve ait été prescrit au recourant ne revêt pas une importance significative, car on constate d'une manière générale que les médecins ont tendance à prescrire régulièrement le port de minerve à leurs patients en cas d'accidents cervicaux. Quoi qu'il en soit, hormis le rapport du Dr O. _____ qui diagnostique des cervicalgies d'origine musculaire, aucun autre rapport médical établi dans les heures ou les jours qui ont suivi l'accident du 3 février 2000 ne mentionne des cervicalgies ou une commotion cérébrale et on voit mal comment on pourrait conclure à leur existence plusieurs années après l'événement. Cette remarque-ci est significative d'un défaut majeur de l'expertise du Dr S. _____ : elle est dans son ensemble principalement fondée sur des suppositions, des hypothèses, certes intéressantes, mais qui ne sont pas fondées sur des faits ou éléments solidement établis conformément au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante. Est notamment révélateur à cet égard le fait que l'expert ne parvient pas à fixer de manière sûre la part de causalité à attribuer à l'accident assuré. En outre, le rôle exact de l'accident du 3 février 2000 parmi les micro-traumatismes répétés n'apparaît pas clair, ni établi; il s'agit là d'hypothèses théoriques, insuffisantes pour fonder un lien de causalité naturelle.

- 17 - Au demeurant, le fait qu'il soit difficile de quantifier l'importance des facteurs causals implique qu'il est également incertain que le traumatisme soit une cause des troubles et de l'incapacité de travail incriminés, puisque, dans ces conditions, sa part de causalité peut varier entre 0 et 100 %. Enfin, le rapport de l'expert S. _____ manque parfois de clarté et de solidité et apparaît à certains égards confus, vu la complexité et le manque de certitude des suppositions échafaudées, lesquelles entraînent des nuances et des hésitations, rendant les conclusions de l'expert d'autant moins convaincantes. Par exemple, on peut à cet égard relever l'usage fréquent des termes "vraisemblable" ou "vraisemblablement", voire du conditionnel (par exemple : "Il s'agirait d'un énième traumatisme au niveau cervical inférieur, [...]."), qui ne correspondent pas à une probabilité ou à une vraisemblance prépondérante, mais sont plutôt du domaine du possible. L'expert reconnaît du reste ne pas disposer actuellement d'éléments pour répondre avec exactitude à la question – fondamentale – de savoir si le processus pathologique décrit se serait produit sans l'accident en cause. 8. Au vu de ce qui précède, un lien de causalité entre, d'une part, l'événement accidentel du 3 février 2000 et, d'autre part, les atteintes diagnostiquées et l'incapacité de travail du recourant n'est pas établi au degré de preuve requis de la vraisemblance prépondérante. Par conséquent, l'assureur-accidents ne saurait intervenir pour la rechute annoncée le 5 avril 2001. En définitive, le recours est mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée ». B. Le 28 août 2008, le Tribunal fédéral a rendu un arrêt dont il résulte notamment ce qui suit : « En l'occurrence, l'hypothèse de départ admise par le docteur S. _____ d'une certaine continuité des plaintes douloureuses de l'assuré entre le 7 février 2000 et l'annonce de la rechute 14 mois plus tard est convaincante au regard du dossier. D'une part, contrairement aux premiers juges, on ne saurait considérer la prescription d'une minerve comme un élément sans importance. Un tel traitement conservateur n'aurait pas eu de sens si P. _____ ne s'était pas plaint initialement de cervicalgies. D'autre part, il ressort de l'attestation (du 8 novembre 2001) du

docteur H. _____, ostéopathe, que l'assuré a requis cinq consultations pour des cervicalgies entre juin et octobre 2000. Il n'y a aucune raison, là aussi, d'écarter cette pièce pour le simple motif qu'elle ne contient pas de "diagnostics médicaux" (cf. jugement entrepris page 21). Après la survenance de son accident, le recourant a certes pu travailler encore durant de nombreux mois. L'expert judiciaire s'en est toutefois expliqué, en soulignant le caractère progressif du processus inflammatoire à l'origine des douleurs de l'assuré. Enfin, nonobstant les critiques des médecins de la CNA, on ne voit aucun motif impérieux de nier l'existence d'un traumatisme suffisamment significatif pour entraîner un dysfonctionnement cervical. Après le choc, l'assuré est resté "étourdi" (cf. compte-rendu d'audience du 12

- 18 - janvier 2006) et sa blessure a tout de même nécessité des points de suture. Partant de ces constats, les conclusions du docteur S. _____ en rapport avec la chondromatose apparaissent convaincantes même si les études qu'il cite ne portent pas spécifiquement sur des sujets ayant été victimes d'un traumatisme accidentel. Il y a dès lors lieu de reconnaître un lien de causalité (partiel) entre cette affection et l'accident assuré; c'est à tort que la CNA a refusé de prendre en charge la rechute de l'accident du 3 février 2000. Des considérations tant de l'expert judiciaire que des médecins de la CNA, on doit cependant constater le contexte fortement dégénératif de la colonne cervicale du recourant. Dans une telle situation, il est légitime de se poser la question du moment à partir duquel le statu quo sine pourrait être considéré comme atteint. En effet, en cas d'état maladif antérieur, s'il y a lieu d'admettre que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés par l'intéressé et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; Jean-Maurice Frésard / Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., no 80). Cette question n'ayant pas fait partie de la mission d'expertise soumise au docteur S. _____ celui-ci s'est contenté d'aborder le sujet sans avoir véritablement cherché à y répondre (page 18 de son rapport). Il convient par conséquent de renvoyer la cause aux premiers juges afin qu'ils interpellent l'expert judiciaire sur ce point et statuent à nouveau.

7. (...) Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce : 1. Le recours est admis en ce sens que le jugement du 12 janvier 2006 du Tribunal des assurances du canton de Vaud est annulé, la cause lui étant renvoyée afin qu'il procède conformément aux considérants et rende un nouveau jugement ». C. Ensuite de cet arrêt, l'expert neurologue S. _____ a fourni, le 22 janvier 2009, un complément d'expertise pour répondre à la question soulevée par le Tribunal fédéral. Ce complément intègre une expertise effectuée, à la demande du Dr S. _____, par le Prof. F. _____, rhumatologue à [...], le 22 octobre 2008. La partie « Discussion » du Prof. F. _____ a la teneur suivante : « 1. Est-ce que l'accident est responsable des plaintes annoncées par Monsieur P. _____ ? Selon toutes les circonstances annoncées dans le dossier du patient et sur la base des informations récoltées durant la consultation, Monsieur P. _____, qui n'a jamais souffert de douleurs cervicales

- 19 - dans sa vie, a développé des douleurs chroniques de la région cervicale et scapulaire depuis son accident. La nature de l'accident suggère une complexion axiale sans éléments de torsion et d'une telle force qui a provoqué même une perte de connaissance transitoire. Suite à cet accident, les douleurs sont présentes depuis les premiers jours, mais il y a une détérioration progressive des symptômes jusqu'au moment où il a déclaré une incapacité de

travail de 100 % en avril 2001. Cet arrêt de travail est motivé par l'importance des douleurs qui perturbent le sommeil, ainsi que la concentration sur un travail qui nécessite un soin parfait. Dans les documents consultés, il est clair que cet intervalle entre l'accident et l'arrêt de travail, n'est pas bien documenté et a provoqué chez les différents experts consultés des réactions différentes. En tenant compte de toute l'anamnèse, il me semble que les douleurs cervicales sont apparues assez rapidement après l'accident et ont pris un crescendo progressif, état qui est bien documenté dans les différents rapports médicaux de 2002, 2003 et 2004. 2. Est-ce que les troubles dégénératifs constatés au plan radiologique sont aggravés par l'accident ? Malheureusement, il n'y a pas de documentation radiologique précédant l'accident pour démontrer que celui-ci est à l'origine de ces problèmes dégénératifs. Néanmoins, l'interprétation radiologique de la discopathie C6-C7 comme un Modic I évoque que le processus est relativement récent, sans que l'on puisse préciser exactement l'ancienneté de ces troubles. Du fait que le patient n'a pas eu de plaintes subjectives avant l'accident, suggère que l'accident ait provoqué une décompensation aiguë des troubles dégénératifs qui pourrait contribuer à l'imagerie visualisée à l'IRM. Cela est démontré dans une pathologie semblable, celle de la lésion du coup de lapin où la prévalence des douleurs cervicales reste extrêmement élevée, même en l'absence de signes neurologiques évidents. Des auteurs suisses ont pu documenter une prévalence plus élevée des troubles dégénératifs radiologiques chez des patients qui présentent des symptômes chroniques en comparaison avec des patients qui évoluent favorablement. En conclusion, la présence des signes radiologiques de l'arthrose n'est pas une preuve absolue que cette arthrose est déclenchée par le traumatisme, néanmoins la présence d'arthrose antérieure est un facteur qui influence l'évolution après un traumatisme de la région cervicale et on a quelques éléments qui suggèrent que le traumatisme ait induit les troubles inflammatoires dégénératifs objectivés. 3. En absence de traumatisme quelle serait l'évolution de la cervicarthrose ? La présence de cervicarthrose est répandue et touche plus que la moitié de la population à un âge supérieur à 50 ans. Toutefois, la présence radiologique de cervicarthrose n'est pas synonyme de la présence de symptômes cliniques. C'est-à-dire que beaucoup de lésions radiologiques sont asymptomatiques. Dans le cas de Monsieur P. _____, s'il a une cervicarthrose asymptomatique antérieure à l'accident, il se peut qu'il développe des symptômes cervicaux à une date ultérieure, même en l'absence de traumatisme, mais l'intervalle de cette "incubation" est impossible à déterminer. Dans son cas précis, il a développé des

- 20 - symptômes après son accident, il est donc raisonnable qu'on attribue un lien causal entre le traumatisme et l'apparition des symptômes ». Quant à la partie « Discussion » de l'expertise proprement dite, elle est la suivante : « Patient de 54 ans, sans antécédents, à part des lombalgies non invalidantes jusqu'alors. Il subit le 3.2.2000 un traumatisme crânio-cérébral suivi par des cervicalgies progressivement invalidantes au fil des mois : elles le seront complètement en 2001. Il avait été évalué une première fois en 2004. Le status neurologique était normal et il n'y avait pas de symptômes évoquant une irritation centro-périphérique au niveau cervical, mais les images radiologiques montraient une atteinte fortement dégénérative. Aujourd'hui, neuf ans après l'accident, l'état du patient s'est aggravé. En effet, à l'heure actuelle, les symptômes du patient évoquent l'apparition d'un "canal cervical étroit", caractérisé par des signes d'irritation radiculaire C5-C6 bilatérale "en pèlerine" et d'un signe de Lhermitte lors du Valsalva, évoquant une irritation médullaire cordonale postérieure. Ces symptômes sont présents en l'absence de signes neurologiques d'atteinte centrale. Objectivement, on constate de plus une limitation de la motilité cervicale, avec douleurs importantes lors de la mobilisation active et signe de

Lhermitte (voir plus haut). A la lumière de ces faits, qui ne relèvent plus des hypothèses ou suppositions, mais bien de constatations, il est utile de préciser la notion de myélopathie cervicale à la lumière de publications récentes (voir référence). Une myélopathie cervicale est une souffrance de la moelle épinière au niveau cervical. Cette souffrance est souvent précédée par des douleurs cervicales, de longue durée. Dès les premiers signes cliniques, l'évolution est capricieuse et procède dans une majorité des cas d'une façon discontinue par poussées successives; elle s'installe habituellement entre 50 et 60 ans. On lui reconnaît des causes multiples, généralement une cervicarthrose, mais aussi une sténose constitutionnelle ou des ossifications ligamentaires pathologiques : ces deux dernières causes sont écartées chez M. P._____. La physiopathologie de l'atteinte comporte la notion de compression mécanique, mais aussi et surtout le rôle de traumatismes cervicaux successifs et des phénomènes vasculaires évoquant des décompensations aiguës. Plus particulièrement, dans l'installation des premiers troubles ou du mode de début, les auteurs notent la présence d'une entorse cervicale ou d'un traumatisme cervical sans lésions radiologiques (voir référence). Nous voyons donc qu'il existe des causes multiples, dans notre cas des lésions dégénératives sans rapport avec l'accident, et une entorse cervicale de 2000, qui est la décompensation initiale ou le mode de début de l'affection actuelle.

- 21 - Il est donc possible de reformuler la question du Tribunal: "Quel serait l'état de M. P._____ sans l'accident du 3.2.2000 ?". Autrement dit, est-ce que la cervicarthrose notable, asymptomatique jusqu'alors, vraisemblablement préexistante à l'accident, se serait développée ultérieurement, déclenchant spontanément une symptomatologie et des symptômes qui évoquent comme aujourd'hui une myélopathie cervicale; et si oui, à partir de quand ? Les publications divergent à ce sujet, mais tous les auteurs admettent que les premiers symptômes s'installent habituellement entre 50 et 60 ans : nous retenons l'âge de 55 ans, sans pouvoir exclure des situations dans lesquelles les troubles dégénératifs cervicaux resteront pour toujours asymptomatiques. Compte tenu de l'opinion du Pr F._____ qui, lorsqu'il a vu le patient, n'était pas au courant du bilan neurologique, il nous semble légitime de conclure que M. P._____ atteindra le "statu quo sine" à l'âge de 55 ans, donc en mai 2010. Cela représente une hypothèse "moyenne"; on pourra en effet supposer que M. P._____, sans l'accident en cause, n'aurait jamais développé de symptômes ou, "a contrario", que les symptômes se seraient développés spontanément au courant de l'année 2000. En conclusion, à la lumière de faits nouveaux, il est possible de répondre à votre question : "A partir de quel moment le statu quo sine peut être considéré comme atteint, vu le contexte fortement dégénératif de la colonne cervicale présenté par l'assuré" ? - Le "statu quo sine" peut être considéré comme atteint à partir de mai 2010 ». Cette expertise a été soumise au Dr G._____ de la CNA qui a émis le 2 avril 2009 l'avis suivant : « Appréciation médicale Dans la lettre qu'il a adressée le 11 septembre 2008 à Mme Maire, juge au Tribunal cantonal des assurances du canton de Vaud, le Dr S._____ a qualifié de "complexe" la question qui lui était adressée, à savoir "à partir de quel moment le statu quo sine peut-il être considéré comme atteint vu le contexte fortement dégénératif de la colonne cervicale par l'assuré". Il a dès lors sollicité la mise en oeuvre d'une expertise rhumatologique avant qu'il ne procède à un nouvel examen neurologique de M. P._____ pour y répondre. A la lecture du rapport d'expertise complémentaire établi par le Dr S._____ le 22 janvier 2009, j'ai pris note qu'il avait été beaucoup plus nuancé dans l'appréciation de la situation médicale chez cet assuré. En effet, au second paragraphe de la p. 13 consacrée à la discussion, il indiquait après avoir reformulé la question qui lui était adressée : "Autrement dit, est-ce que la cervicarthrose notable asymptomatique jusqu'alors

vraisemblablement préexistante à l'accident se serait développée ultérieurement déclenchant

- 22 - spontanément une symptomatologie et des symptômes qui évoquent comme aujourd'hui une myélopathie cervicale; et si oui, à partir de quand ?" Cette notion que M. P. _____ était porteur d'une atteinte dégénérative du rachis cervicale de localisation C6/C7 préalable à l'accident du 3.2.2000 n'était pas celle qu'il avait développée auparavant : en effet, il avait considéré au vu de l'IRM que les altérations de type Modic de type 1 avaient sans autre pu être induites par le choc crânien qu'avait subi l'assuré à cette époque. Si le Dr S. _____ a semble-t-il changé d'avis, c'est parce qu'il a mis en évidence chez M. P. _____ un élément clinique nouveau, à savoir des signes neurologiques témoignant de la présence d'une myélopathie cervicale débutante. Celle-ci est vraisemblablement à mettre sur le compte de la discopathie C6/C7 car à l'imagerie médicale IRM récente, un bombement discal postérieur associé à une hypertrophie du ligament jaune induisant une sténose du canal rachidien de cette localisation a été mis en évidence. Fort de cette découverte, le Dr S. _____ s'est adressé à la littérature où il a constaté que quoique les opinions divergent, il s'avérait que les symptômes de la myélopathie cervicale se manifestaient en moyenne entre 50 et 60 ans. La cervicarthrose pouvait cependant demeurer asymptomatique, au moins sur le point neurologique, durant toute l'existence, comme l'avait relevé le Prof. F. _____ dans son expertise rhumatologique. Sachant que M. P. _____ était né le 10 mai 1955, c'est au jour de son 50ème anniversaire que l'on pouvait admettre que le statu quo serait rétabli, cette date constituant une "hypothèse moyenne" car on aurait pu spéculer soit que le patient demeure asymptomatique s'il n'avait pas été victime d'accident, ou alors qu'il développe spontanément ces symptômes, l'accident n'étant alors qu'un prétexte et non pas le facteur déclenchant ou aggravant de la myélopathie. Un premier commentaire s'impose ici : Dans sa conférence d'enseignement consacré à la myélopathie par cervicarthrose, Pointillard rappelait en 2005 tout d'abord quelques notions fondamentales qui avaient trait à l'évolution radiologique, en notant que la fréquence des manifestations radiologiques de l'arthrose cervicale en fonction de l'âge était évaluée à 10 % avant l'âge de 40 ans, à 25 % de 40 à 50 ans et jusqu'à 75 % après 60 ans. Discutant de l'évolution spontanée, il notait : "L'absence de série prospective large suivie sur une longue période, l'absence de moyen d'évaluation fiable, sensible et chiffrée rendent la revue de la littérature inutile pour se faire une idée objective de l'évolution spontanée de cette pathologie. Le plus souvent, l'évolution était très lente et pouvait être entrecoupée d'accalmies, fréquemment liées au repos et à la protection par un collier limitant les traumatismes itératifs d'un niveau d'instabilité". Pointillard évoquait également les formes révélées par un traumatisme en indiquant à ce sujet : "Il s'agit d'un sujet âgé ayant présenté parfois quelques symptômes discrets de myélopathie qui n'ont pas forcément été rattachés à cette pathologie et qui, lors d'un traumatisme le plus souvent en hyperextension, présente un syndrome de Kahn et Schneider. Le déficit prédomine au membre supérieur avec une parésie distale de ceux-ci. Les membres

- 23 - inférieurs semblent plus souvent protégés du déficit, encore que les troubles urinaires soient fréquents". Si l'on compare les données de Pointillard avec celles du Dr S. _____, force est de constater qu'il n'y a pas convergence des avis, dans la mesure où si le Prof. Pointillard, responsable de l'unité de pathologie rachidienne à Bordeaux retient qu'on ne peut s'exprimer sur l'évolution spontanée tant les données à ce sujet sont défailtantes, le Dr S. _____ lui plaide pour le développement spontané des symptômes de myélopathie vers

un âge moyen de 55 ans, alors qu'il discute de l'étiologie traumatique éventuelle de la myélopathie cervicale dans un contexte foncièrement différent de celui de Pointillard, qui retient alors l'apparition immédiate d'un syndrome neurologique qui n'a jamais été démontré chez M. P. _____. De l'avis du Dr S. _____, le statu quo sine sera rétabli chez M. P. _____ au mois de mai 2010, ce qui signifie en d'autres termes que l'aggravation de l'état antérieur siégeant au rachis cervical de M. P. _____ n'a été – si l'on peut dire – que passagère, étant cependant de longue durée puisqu'elle s'est attardée sur un intervalle prospectif de 10 ans et 3 mois suite à l'accident du 3 février 2000, pour être précis. Cette estimation prospective d'une aggravation que passagère finalement de l'état antérieur n'est pas étayée par le Dr S. _____, qui a dans son équation introduit 2 termes qui n'étaient pas équivalents à savoir d'une part la cervicarthrose, et d'autre part la myélopathie cervicale. S'il avait considéré que la cervicarthrose avait été décompensée voire provoquée par l'accident, il se devait alors d'admettre la péjoration durable et par voie de conséquence, l'induction de la myélopathie par l'atteinte dégénérative progressive et suspectée d'étiologie traumatique. Ce n'est pas ce qu'il a affirmé : en effet, il a conclu que passé 10 ans d'intervalle, le relais était assumé par une affection malade et non plus post-traumatique. Alors qu'il avait admis lors de sa première expertise un scénario de péjoration progressive chez M. P. _____, ce n'est plus celui qu'il applique dans son complément d'expertise où finalement, il concède que le statu quo sine sera rétabli un jour ou l'autre. Il est vrai et je partage l'avis du Dr S. _____ sur ce point, qu'il est ardu parfois de préciser la date de rétablissement du statu quo sine face à une affection d'étiologie dégénérative comme l'est la cervicarthrose, dans la mesure où il est parfaitement exact que toute atteinte dégénérative identifiable à l'examen radiologique n'est pas forcément symptomatique, alors que les malades peuvent présenter des cervicalgies alors que les altérations dégénératives ne sont qu'ébauchées. Si des cervicalgies se développent dans un contexte accidentel chez un malade porteur de troubles dégénératifs préexistants, il est néanmoins loisible de répondre à la question s'adressant au statu quo sine en intégrant d'une part les données issues des études épidémiologiques, et d'autre part les recommandations faites par les experts en la matière. On peut admettre que M. P. _____ a présenté à partir de 2001 les symptômes d'un syndrome cervical. A son origine, Krämer applique les altérations dégénératives, dépendantes de l'âge des segments mobiles cervicaux qui engendrent une irritation mécanique de diverses structures, articulaires, capsulaires ou ligamentaires. Le

- 24 - plus fréquemment, les symptômes sont mis sur le compte d'une étiologie discale quoiqu'il puisse être également provoqué par une affection des articulaires (articulations intervertébrales). Le syndrome est généralement caractérisé par la modération des troubles qu'il engendre qui peuvent disparaître spontanément ou à la suite d'un traitement peu invasif. Krämer fait part de l'anamnèse classique suivante chez ses malades : "Les symptômes d'un syndrome cervical peuvent se manifester de façon aiguë, p.ex. des suites d'un mouvement brusque de la tête ou alors se développer de manière sournoise, sans cause apparente. Parfois, l'effet négatif du froid ou des courants d'air est mentionné par les patients". En règle générale, le syndrome cervical se manifeste sans qu'un facteur déclenchant ne soit remémoré. Il s'agit d'une affection fort fréquente, comme en témoignent diverses études épidémiologiques : ainsi, la prévalence ponctuelle (au moment de l'interview) de cervicalgies qui constitue le symptôme clé du syndrome cervical a été chiffrée par Côté et al. dans leur vaste étude réalisée dans la province du Saskatchewan au Canada à 22,2 %; Mäkela et al. l'ont estimée à 11,5 % dans leur étude pratiquée en

Finlande. Sur une période de 12 mois, Bovim et al. ont calculé sa prévalence à 34 % et Brattberg et al. à 26 %. Un taux élevé de cervicalgies chez des patients dépressifs a été relaté par Rajala et al. D'autres auteurs comme Webb et al. ou Brattberg ont fourni des données sur la prévalence de cervicalgies chroniques : suivant les populations étudiées, elles variaient entre 14 et 20 %. Ces facteurs épidémiologiques doivent toujours être pris en compte dans l'appréciation des cervicalgies, que leur émergence ait été post-traumatique ou non. Quelle attitude faut-il adopter dans les cas de distorsion bénigne de la colonne cervicale si les symptômes persistent ou s'ils évoluent en dent de scie, des périodes d'exacerbation relayant des phases d'indolence relatives ? Si l'action traumatisante a provoqué une luxation ou une entorse grave lors de laquelle existe une rupture complète du ligament vertébral commun postérieur ou antérieur, les séquelles douloureuses sont imputables sans nul doute à l'accident rappelle Saillant. En revanche, il note que s'il s'agit d'une entorse bénigne, à savoir que les dégâts ligamentaires sont peu importants, il estime que les signes cliniques qui lui sont associés ne persistent que quelques mois au maximum : s'il existe une arthrose cervicale préexistante mais asymptomatique, elle peut être décompensée, mais alors que passagèrement par le traumatisme. Quant à Morscher, il admet l'existence d'une aggravation durable de l'état antérieur lorsque l'on peut démontrer à l'examen radiologique du rachis cervical le développement rapide (dans l'intervalle de quelques semaines ou quelques mois) d'une spondylose caractérisée par le bourgeonnement d'un ostéophyte antérieur ou postérieur. Quant à Krämer, il considère qu'après entorse bénigne du rachis cervical, les douleurs et les troubles fonctionnels régressent parallèlement à la résorption de l'œdème ou de l'hématome post-traumatique en l'espace de quelques semaines. Si douleurs et limitation fonctionnelle persistent au-delà de cette limite, il faut alors considérer que l'état antérieur de la colonne

- 25 - vertébrale est le facteur qui gère la persistance des symptômes qui ne doit dès lors plus être assumé par l'assureur-accidents. Au vu de ce qui précède, force est de constater que la prise en charge des troubles et de l'incapacité de travail consécutive à partir de 2001 chez M. P. _____ selon les recommandations faites par le Dr S. _____ le 22 janvier 2009 est hors du commun. On ne peut dès lors y souscrire ». Compte tenu du rapport de son médecin-conseil, la CNA a considéré, le 4 mai 2009, que le statu quo sine devait être fixé, non pas au mois de mai 2010 tel que préconisé par l'expert judiciaire, mais « immédiatement après l'annonce de rechute formée par le recourant en 2001 ». Le recourant a soumis la réponse du Dr G. _____ au Dr S. _____, lequel s'est déterminé comme suit le 8 juin 2009 : « Page 2 : à propos d'une publication du Prof. Pointillard consacrée à la myélopathie par cervicarthrose. "On ne peut s'exprimer sur l'évolution spontanée, tant les données à ce sujet sont défailantes"... Or, nous sommes dans un contexte d'expertise, donc bien d'hypothèse de travail que l'on essaie d'étayer. Il existe des publications avec données relativement précises et mon rapport fait état d'une revue de synthèse récente. La mention concernant la citation de M. Pointillard à propos de "l'apparition immédiate d'un syndrome neurologique" n'a pas de sens dans ce contexte. En effet, ce qui est apparu immédiatement après l'accident est bien un syndrome cervical avec, par la suite, une aggravation de la situation antérieure qui était jusque là muette. C'est justement cette aggravation progressive qui cause à long terme la myélopathie cervicale et non la lésion dégénérative présente initialement. Dans le paragraphe suivant (au bas de la page2), le Dr G. _____ interprète d'une façon abusive mon rapport. On ne discute pas d'une aggravation antérieure "qui s'arrête 10 ans après l'accident". La notion de "10 ans" tient compte de l'âge de M. P. _____ au moment de l'accident et des données de la littérature. Page 3 : "Cette

estimation prospective d'une aggravation que passagère finalement de l'état antérieur n'est pas étayée par le Dr Foletti" : voir le paragraphe précédent. Autrement dit, dans le but de répondre aux questions d'expertise, on se base sur des données statistiques qui peuvent ne pas coïncider avec l'évolution clinique d'un patient; considérée de cas en cas, l'évolution est imprévisible.

- 26 - Fin de la page 3 étude du syndrome cervical déclenché par un traumatisme : "Il s'agit d'une affection fort fréquente... etc." Or, l'évolution du patient montre qu'il s'agit d'un cas particulier décrit justement (dernier paragraphe page 4) "hors du commun". D'ailleurs, à la page 4, M. G. _____ discute des conséquences d'une entorse bénigne, alors que chez notre patient, la péjoration progressive d'un état antérieur asymptomatique ne produit pas comme conséquence directe une affection bénigne, mais bien une affection neurologiquement grave nécessitant une prise en charge très rapide : une myélopathie cervicale. En conclusion : Le Dr G. _____ ne semble pas tenir compte du cas "hors du commun" de M. P. _____. Ce qui est hors du commun, c'est son état clinique avec troubles progressifs et les conclusions de mon rapport comparent l'état de M. P. _____ avec les données générales publiées. J'estime que la prise de position négative du Dr G. _____ n'est pas étayée. du patient et des données générales de la littérature : pour cette raison, j'estime que la prise de position n'est pas étayée ». E n d r o i t : 1. Le Tribunal fédéral a reconnu un lien de causalité partiel entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé. Il admet l'hypothèse de départ du Dr S. _____ d'une certaine continuité des plaintes douloureuses exprimées entre le 7 février 2000 et l'annonce de la rechute d'avril 2001, l'existence d'un traumatisme suffisamment significatif pour entraîner un dysfonctionnement cervical et le caractère progressif du processus inflammatoire à l'origine des douleurs. La seule question à résoudre en l'occurrence est celle de savoir si, à la date de la décision sur opposition du 5 octobre 2001, le statu quo sine pouvait être considéré comme atteint compte tenu du contexte fortement dégénératif de la colonne cervicale du recourant. A cet égard, il convenait d'interpeller le Dr S. _____ puisque celui-ci, dans son rapport du 16 février 2004, n'avait qu'abordé le sujet sans véritablement chercher à y répondre. A l'appui de sa nouvelle expertise du 22 janvier 2009, le Dr S. _____ a procédé à un examen neurologique du recourant le 26 novembre 2008 à l'Hôpital de [...], fait pratiquer une IRM cervicale le 12 décembre 2008 au service de radiologie du [...], laquelle a été revue avec

- 27 - le Prof. [...] et le Dr [...], et a demandé un avis rhumatologique au Prof. F. _____. L'expertise contient aussi un résumé des rapports antérieurs, une anamnèse, une discussion globale du cas et une réponse motivée à la question majeure posée. Elle est ainsi complète et suffisante pour se déterminer. Cela étant, les conclusions du Dr S. _____ apparaissent convaincantes. En effet, celui-ci constate que l'état de santé du recourant s'est aggravé neuf ans après l'accident en ce sens que l'imagerie cervicale montre une progression des troubles dégénératifs C6-C7 avec augmentation de la saillie disco-ostéophytaire et ligamentaire postérieure réalisant un canal cervical étroit modéré; ces symptômes, ajoutés à une limitation de la motilité cervicale avec douleurs importantes lors de la mobilisation active et signe de Lhermitte lors du Valsalva, amènent l'expert, à la lumière de publications récentes (2005), à évoquer le diagnostic de myélopathie cervicale. Il explique qu'on connaît de multiples causes à cette souffrance de la moelle épinière, généralement une cervicarthrose et la présence d'une entorse cervicale comme décompensation initiale ou mode de début de l'affection, ce qui est précisément le cas de l'intéressé. En se fondant sur une opinion convergente des auteurs qui admettent l'apparition des premiers symptômes de la

myélopathie cervicale entre 50 et 60 ans, le Dr S._____ estime que l'on peut retenir que le recourant atteindra le statu quo sine à l'âge de 55 ans en mai 2010, dans la mesure où l'on ne peut exclure que les symptômes se sont développés dans le courant de l'année 2000 ni d'ailleurs que, sans l'accident en cause, il ne les aurait jamais présentés. Quant à l'appréciation médicale du Dr G._____, elle ne contient aucun argument pouvant mettre en doute la pertinence des déductions du Dr S._____. Plus particulièrement, le médecin-conseil se réfère à plusieurs auteurs selon lesquels, après une entorse bénigne du rachis cervical et persistance des douleurs au-delà de quelques semaines, il faut considérer que l'état antérieur de la colonne vertébrale est le facteur qui gère la constance des symptômes qui ne doit plus être assumée par l'assureur-accidents. Or, en se fondant sur cette appréciation globale, le Dr G._____ ne prend justement pas en compte les éléments

- 28 - du cas particulier déjà retenus par le Tribunal fédéral, à savoir l'existence d'un dysfonctionnement cervical (et non d'une entorse cervicale bénigne) et la continuité des plaintes douloureuses entre février 2000 et avril 2001 dues au caractère progressif du processus inflammatoire (soit un laps de temps supérieur à quelques semaines). Au demeurant, on relèvera que le Dr G._____, contrairement au Dr S._____, n'a pas examiné personnellement le recourant. En définitive, le recours doit être admis, la décision du 5 octobre 2001 réformée dans le sens d'une prise en charge par la CNA des conséquences de la rechute annoncée, la cause lui étant renvoyée afin qu'elle fixe les prestations à servir au recourant. 2. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]; art. 55 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). La procédure devant la Cour des assurances sociales en matière d'assurance-accidents étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA; art. 45 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours déposé le 14 novembre 2001 par P._____ est admis. II. La décision rendue le 5 octobre 2001 est réformée en ce sens que la CNA est tenue de prendre en charge les conséquences de la rechute annoncée.

- 29 - III. La cause est renvoyée à la CNA pour qu'elle fixe les prestations à servir à l'assuré. IV. La CNA versera à P._____ la somme de 2000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. V. Il n'est pas perçu de frais de justice. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Denis Merz, avocat (pour P._____) - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents - Office fédéral de la santé publique (OFSP) par l'envoi de photocopies.

- 30 - 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.