

200.2018.323.LAA

N° AVS
NIG/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 5 décembre 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6004 Lucerne
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 26 mars 2018



En fait:

A.

A._____, né en 1954, marié et père de deux enfants majeurs et financièrement indépendants est arrivé en Suisse en 1972. Sans formation, il a travaillé en qualité de plâtrier-peintre. Le 28 avril 2017, il a été impliqué dans un accident de la circulation, lors duquel il a percuté par l'arrière le véhicule qui le précédait et qui venait de s'arrêter. Une incapacité de travail à 100% a été médicalement attestée à compter de cette date, puis à 80% à partir du 21 août 2017. Après avoir repris le travail à 20% du 21 juillet 2017 au 24 avril 2018 (d'après le recours), le recourant a subi une nouvelle incapacité de travail totale et n'a plus exercé d'activité lucrative.

B.

Par déclaration de sinistre du 1^{er} mai 2017, l'employeur de l'assuré (une société à responsabilité limitée dont ce dernier est associé-gérant unique) a informé la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva) que celui-ci avait subi un accident le 28 avril 2017 et qu'il était depuis lors en état d'incapacité de travail. Le 9 mai 2017, la Suva a demandé des précisions à l'assuré au sujet de l'accident, tout en acceptant de prendre en charge les suites immédiates de ce dernier. En attendant de se prononcer définitivement quant à son montant, elle a en outre alloué une indemnité journalière (réduite à 30%) depuis le 1^{er} mai 2017. La Suva a également obtenu un rapport du médecin traitant, ainsi que le dossier pénal relatif à l'événement. Elle a ensuite organisé une expertise pluridisciplinaire, qui s'est déroulée lors d'une hospitalisation de l'assuré du 11 au 13 septembre 2017 auprès de la Clinique C._____ et dont les conclusions ont été rédigées le 18 septembre 2017. La Suva a alors requis un rapport biomécanique succinct (triage) auprès de l'institut D._____ à E._____, sollicité l'avis de son médecin d'arrondissement et recueilli des rapports radiologiques d'un centre hospitalier. Elle a aussi demandé l'avis du service de radiologie d'un hôpital universitaire à propos des imageries médicales obtenues, avant de consulter une dernière fois son

médecin d'arrondissement, qui s'est déterminé le 31 janvier 2018. Par acte du 6 février 2018, la Suva a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 13 février 2018 et nié le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, faute de lien de causalité entre les troubles de l'assuré et l'accident, au-delà de cette date.

C.

L'opposition formée le 27 février 2018 par l'assuré a été rejetée par décision sur opposition de la Suva du 26 mars 2018, dans laquelle l'effet suspensif à un éventuel recours contre cet acte a par ailleurs été retiré.

D.

Par mémoire de son avocat du 24 avril 2018, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant en résumé à l'annulation de la décision sur opposition du 26 mars 2018 et, principalement, à ce qu'il soit ordonné à cette dernière de reprendre le versement des prestations d'assurance avec effet rétroactif au 13 février 2018, de même que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction, le tout sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 30 mai 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Le recourant a répliqué par écrit du 15 juin 2018 et confirmé ses conclusions. L'avocat du recourant a encore produit sa note d'honoraires le 22 juin 2018.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 26 mars 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la

décision du 6 février 2018 qui prononce la fin des prestations d'assurance au 13 février 2018 et nie tout droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et, principalement, l'octroi des prestations d'assurance avec effet rétroactif au-delà du 13 février 2018, ainsi que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. Est particulièrement litigieuse la question du lien de causalité entre les troubles dont se plaint le recourant et l'accident du 28 avril 2017.

A noter que le refus, par l'intimée, d'entrer en matière sur une éventuelle reconsidération de sa décision sur opposition du 7 mars 2014 (voir c. 3.1 et dossier [dos.] Suva 81/2 in fine), n'a pas à être examiné par le TA, car un tel refus n'est pas susceptible d'être porté en justice (ATF 133 V 50 c. 4; SVR 2018 IV n° 33 c. 5.4, 2014 IV n° 7 c. 3.3). Du reste, la décision sur opposition du 7 mars 2014 ne peut de toute façon pas être reconsidérée puisqu'elle a fait l'objet d'un jugement au TA (voir JTA LAA/2014/339 du 18 mai 2015; UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2015, art. 53 n. 45).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (*statu quo ante*), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (*statu quo sine*; SVR 2016 UV n° 18 c. 2.1.1; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1).

2.3 Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; TF 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration – ou le tribunal en cas de recours – examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à

justifier le droit à des prestations (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

2.4 De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prester – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2).

2.5 Selon la jurisprudence, un fait est la cause adéquate d'un résultat si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, ce fait était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit, la survenance de celui-ci paraissant ainsi de façon générale favorisée (ATF 129 V 177 c. 3.2, 125 V 456 c. 5a; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.2).

2.6 En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies, la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de signification propre (ATF 140 V 356 c. 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1). Sont objectifs les résultats d'examens qui sont reproductibles et ne dépendent ni de la personne de l'examineur, ni des indications du patient. On ne peut dès lors parler de séquelles organiques d'un accident objectivement établies que si les résultats d'examens ont été confirmés par des appareils diagnostiques, en particulier radiographiques ou d'imagerie médicale, selon des méthodes d'examen reconnues par la science médicale (ATF 138 V 248 c. 5.1; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1).

2.7 En cas de symptômes non objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement. En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine

les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 140 V 356 c. 3.2, 115 V 133 c. 6c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 c. 2.1; SVR 2018 UV n° 29 c. 2.2). La distinction suivante s'impose à cet égard: il faut déterminer tout d'abord si la personne assurée a subi lors de l'accident un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à un "coup du lapin" (SVR 1997 UV n° 95 c. 2a, 1995 UV n° 23 c. 2) ou un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 c. 4b; SVR 2001 UV n° 1 c. 3), étant précisé que la jurisprudence relative au "coup du lapin" ne trouve application que si les douleurs se manifestent dans un délai de latence de 24 à 72 heures dans la région du cou et de la colonne vertébrale cervicale (SVR 2009 UV n° 30 c. 5.2). En l'absence de l'une des lésions évoquées ci-dessus, la jurisprudence selon l'ATF 115 V 133 relative aux accidents avec des séquelles psychiques trouve application. Lorsque les investigations révèlent au contraire que la personne assurée a subi l'un des traumatismes évoqués ci-avant, il faut déterminer si les symptômes du tableau clinique typique d'une telle lésion (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, labilité affective, dépression, altération de la personnalité, etc.; ATF 119 V 335 c. 1, 117 V 359 c. 4b), bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème psychique prédominant apparu directement après l'accident ou encore si l'on peut retenir que durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation, les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance (voir RAMA 2002 p. 437 c. 3a). Lorsque tel est le cas, ce sont les critères énumérés à l'ATF 115 V 133 pour les accidents avec séquelles psychiques qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate; en revanche, dans les autres cas, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité doit se faire d'après les critères développés dans la jurisprudence relative au "coup du lapin" (ATF 134 V 109, 117 V 359), c'est-à-dire sans distinguer les symptômes physiques des symptômes psychiques (ATF 134 V 109 c. 2.1, 127 V 102 c. 5b/bb).

2.8

2.8.1 D'après la jurisprudence relative au "coup du lapin", pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité, il convient d'examiner, par analogie avec la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 c. 6), si l'accident en cause s'est avéré déterminant dans l'apparition de l'incapacité de travail et de gain de la personne assurée. Tel est le cas s'il était empreint d'une certaine gravité ou, en d'autres termes, revêt une importance sérieuse. Pour trancher cette question, il faut se fonder sur l'événement accidentel lui-même. Ainsi, suivant la manière dont ils se sont déroulés et en fonction des forces développées au cours de l'événement (ATF 140 V 356 c. 5.1), les accidents peuvent-ils être classés en trois catégories: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et, entre deux, les accidents de gravité moyenne. Dans ce contexte, les blessures subies peuvent permettre de tirer des conclusions quant aux forces qui se sont développées lors de la survenance de l'accident (SVR 2011 UV n° 10 c. 4.2). Tandis que l'existence d'un lien de causalité adéquate peut en règle générale être admise dans le cas d'un accident grave et niée en présence d'un accident de peu de gravité, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, le caractère adéquatement causal ne peut être évalué uniquement d'après le déroulement de l'accident. Dans ce cas, il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré (ATF 134 V 109 c. 10.1). Selon les circonstances concrètes, un seul critère peut suffire pour faire admettre l'existence d'une causalité adéquate. Tel est tout d'abord le cas lorsqu'il s'agit d'un accident qui doit être rangé parmi les plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Par ailleurs, un seul critère peut également s'avérer suffisant dans la catégorie intermédiaire lorsqu'il s'est manifesté de manière particulièrement importante pour l'accident. Si aucun critère ne se présente d'une manière à ce point prononcée ou frappante lorsqu'est en cause un accident de la catégorie intermédiaire proprement dite, le lien de causalité doit être admis lorsque trois critères sont remplis (SVR 2018 UV n° 3 c. 5.1). En présence d'un accident faisant partie de la

catégorie intermédiaire mais à la limite des cas de peu de gravité, quatre critères doivent être réalisés pour retenir un caractère adéquatement causal (SVR 2017 UV n° 9 c. 6.1). Cette appréciation de l'accident en lien avec les critères objectifs conduit à reconnaître ou nier l'existence d'une causalité adéquate (ATF 117 V 359 c. 6, 117 V 369 c. 4c).

2.8.2 Le TF a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence (ATF 117 V 359 c. 6a, 117 V 369 c. 4b) au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale, ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 c. 10.2 et 10.3; voir aussi TF 8C_339/2007 et 8C_152/2007 des 6 et 26 mai 2008). Selon cette jurisprudence, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (ATF 134 V 109 c. 7 à 9). Par ailleurs, le TF n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (c. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin" (c. 9), et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (c. 10).

2.8.3 Les critères énumérés de manière exhaustive dans l'ATF 134 V 109 c. 10.2 et à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité sont formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 c. 10.3; SVR 2017 UV n° 41 c. 6.1):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible;
- l'intensité des douleurs;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

Lors de l'examen des critères précités, d'après la jurisprudence constante en matière d'accidents de type "coup du lapin", lorsqu'il est admis que les troubles sont dans un lien de causalité naturelle avec l'accident, on peut s'abstenir de distinguer entre composantes somatiques et psychiques pour l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 117 V 359 c. 5d/aa et 6a; RAMA 1999 p. 409, 1997 p. 167 c. 4a). Pour ce faire, il faut néanmoins impérativement que les troubles psychiques soient consécutifs à l'accident en cause et qu'ils forment avec les séquelles somatiques du même accident un tableau clinique complexe (SVR 2001 UV n° 13 c. 3b).

2.9 L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'est jamais survenu. Il en va de même en ce qui concerne l'examen de la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé. Là également, l'assureur-accidents, après avoir pris en charge le traitement médical et versé des indemnités journalières, peut nier la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé et, sur cette base, mettre fin aux prestations avec effet *ex nunc*. Ce n'est qu'en cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (voir ATF 130 V 380 c. 2.3.1).

3.

3.1 Dans la décision sur opposition attaquée, l'intimée a rappelé que le recourant a déjà subi un accident le 29 mars 2012 ("coup du lapin") ainsi que le 17 mai 2013 (choc à la tête contre un échafaudage) et qu'elle a mis fin aux prestations liées à ces événements le 17 septembre 2013 par décision sur opposition du 7 mars 2014 entrée en force (recte: confirmée sur recours), au motif que l'état de santé était à nouveau tel qu'il aurait été sans accident. Quant à l'accident du 28 avril 2017, l'intimée a souligné que l'évaluation pluridisciplinaire n'a pas relevé de trouble neurologique ou

psychique et retenu que cet accident n'a pas causé de lésion structurelle pouvant expliquer les plaintes du recourant, alors que ce dernier présente depuis plusieurs années des altérations malades et dégénératives de la colonne cervicale (arthrose et protrusions discales), accompagnées de hernies discales. En suivant l'avis de son médecin d'arrondissement, l'intimée a affirmé que cet accident a tout au plus pu aggraver de manière passagère l'état antérieur et qu'il a cessé de produire ses effets au 31 janvier 2018 au plus tard. L'intimée a conclu qu'au-delà de cette date, les troubles du recourant devaient surtout être mis en relation avec l'état maladif et dégénératif de la colonne cervicale. L'intimée a donc estimé que la question de savoir si la causalité adéquate devait être appréciée à la lumière de la jurisprudence relative aux troubles psychiques ou aux accidents de type "coup du lapin" pouvait demeurer indéterminée. L'intimée a cependant avancé qu'aucun des critères développés par la jurisprudence, s'agissant des accidents de gravité moyenne à la limite de la catégorie inférieure, n'était de toute manière rempli. Elle l'a confirmé dans sa réponse, en insistant sur la faible vitesse lors du choc ainsi que sur les dégâts causés au véhicule du recourant, précisant que seuls trois des critères prévus pouvaient être remplis d'après le recours (au lieu des quatre exigés en pareil cas) et ajoutant que le critère relatif à l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible n'était en tous les cas pas réalisé (la prise de médicaments et le suivi d'une physiothérapie s'avérant insuffisants). L'intimée a finalement défendu la force probante du rapport du médecin d'arrondissement et indiqué que le recourant n'a produit aucun élément propre à remettre en doute les conclusions de celui-ci, spécifiant qu'aucune contradiction, ni aucun défaut de motivation n'étaient invoqués.

3.2 Le recourant indique en substance, dans son recours, que 12 heures après l'accident litigieux, il a éprouvé des douleurs croissantes et persistantes dans les régions cervicales et lombaires, qui ont rendu nécessaire une consultation médicale le 1^{er} mai 2017, ajoutant souffrir en outre de douleurs musculaires dans tout le corps associées à des troubles du sommeil, de même que de problèmes d'équilibre et d'une fatigabilité accrue. Le recourant mentionne par ailleurs que suite à l'accident, d'autres troubles ont été identifiés et ont mené à une aggravation de son état de

santé. Il souligne en particulier que le rapport d'expertise pluridisciplinaire a mis en relief un traumatisme cervical indirect dû à l'événement du 28 avril 2017, de même qu'une exacerbation des cervicalgies et lombalgies, des céphalées et une limitation de la mobilité de la hanche. Le recourant avance ainsi qu'il ne fait aucun doute qu'il a subi un traumatisme d'accélération crano-cervical propre à provoquer les troubles qu'il présente depuis l'accident, de sorte que la causalité naturelle est incontestablement donnée. Il déclare que cet événement doit être considéré comme un accident de gravité moyenne, vu les douleurs intenses ressenties notamment au dos et au cou (entravant même certains mouvements), ainsi que les autres problèmes précités. Il rappelle qu'il suit par ailleurs un traitement depuis le 1^{er} mai 2017 (antidouleurs et physiothérapie) et qu'il est toujours en état d'incapacité de travail à 100%. Le recourant avance encore qu'en retenant qu'une contusion ou distorsion vertébrale cesse de déployer ses effets après plusieurs mois, l'intimée omet de tenir compte de son âge mais aussi des études relatives aux évolutions non favorables après un traumatisme tel que celui en cause, de même que des précédents accidents qu'il a subis. Enfin, il reproche à l'intimée d'avoir suivi l'avis du médecin d'arrondissement alors que ce dernier est déjà intervenu, s'agissant des précédents accidents, qu'il ne l'a pas examiné, qu'il s'est expliqué de façon lacunaire sur son choix de ne pas donner suite à la proposition des experts de la Clinique C._____ de l'hospitaliser et qu'il n'a pas investigué de manière approfondie la question de l'origine des troubles de l'équilibre.

4.

On ne peut suivre le recourant dans la mesure où, par sa requête d'un droit de réplique dans le recours, il reprocherait à l'intimée de n'avoir pas suffisamment motivé la décision sur opposition. En effet, dans le prononcé contesté, l'intimée expose théoriquement, en détail, les variantes de la jurisprudence relative à la causalité adéquate (voir c. 2.7 s. ci-dessus), en concluant que cet aspect n'a pas besoin d'être examiné si la causalité naturelle n'a pas été suffisamment prouvée. Au cas particulier, l'intimée fait sien l'avis du médecin d'arrondissement selon lequel, notamment,

l'accident du 28 avril 2017, qui n'a occasionné aucune séquelle organique, a pu aggraver l'état antérieur maladif/dégénératif, mais qu'on peut considérer qu'il a cessé de déployer ses effets au 31 janvier 2018 au plus tard. Sur cette base, l'intimée indique qu'il n'y a pas lieu de déterminer à la lumière de quelle variante de la jurisprudence le cas d'espèce doit être apprécié et que, même si on voulait opérer un tel examen, une causalité adéquate devrait être niée pour l'accident concerné à ranger dans la catégorie des accidents de gravité moyenne mais à la limite de la catégorie inférieure. S'il faut concéder que la décision sur opposition ne marque pas strictement les deux stades du raisonnement (affirmation explicite de la disparition de tout lien de causalité naturelle en se fondant sur l'avis considéré comme probant du médecin d'arrondissement, d'où découle que l'analyse de la causalité adéquate s'avère superflue et n'est que mentionnée à titre très subsidiaire), il n'en reste pas moins qu'elle contient tous les éléments ayant conduit l'intimée à prononcer l'arrêt des prestations. Du reste, l'argumentation du recours montre que la motivation a été comprise, le recourant s'étant au surplus contenté d'une réplique très succincte. Dans ces circonstances, on ne saurait ainsi retenir que la décision sur opposition attaquée est insuffisamment motivée et admettre à ce titre une violation du droit d'être entendu (voir ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a; SVR 2017 KV n° 6 c. 5).

5.

Sur le fond, se pose la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité (naturelle) entre l'accident du 28 avril 2017 et les troubles présentés par le recourant au-delà du 31 janvier 2018. A ce titre, en tant que l'intimée a admis devoir prendre en charge les suites immédiates de cet accident et qu'elle lui a alloué une indemnité journalière (réduite), c'est à elle qu'il incombe, cas échéant, de supporter l'absence de preuve de la disparition du lien de causalité (voir c. 2.4).

6.

Le dossier permet de constater les faits suivants.

6.1 Lors d'un entretien avec l'intimée, le recourant a confié être propriétaire de son entreprise et effectuer uniquement des activités de gestion (suivi et organisation des travaux), n'étant plus en mesure de travailler sur les chantiers depuis plusieurs années en raison de problèmes au dos et à la nuque. Il a ajouté que son entreprise connaissait une forte baisse de travail. Le recourant a précisé avoir sollicité des prestations de l'assurance-invalidité en 2011 et en 2014 mais s'être vu refuser tout droit à une rente (voir aussi JTA AI/2015/296 du 31 août 2016 et JTA AI/2011/729 du 30 mars 2012, ainsi que dos. Suva 25).

6.2 Dans la déclaration de sinistre du 1^{er} mai 2017, l'événement du 28 avril 2017 a été décrit comme suit: "conduir[e] la voiture et touche[r] une a[u]tre voiture". Sous la rubrique "partie du corps atteinte", les termes "thorax, épaule, cou et pied" ont été mentionnés (voir aussi dos. Suva 8). Du rapport de police versé au dossier, il appert en outre qu'à la sortie d'un giratoire et alors que le recourant circulait dans une colonne de voitures à environ 20 km/h (voir également dos. Suva 24) et à une distance d'une longueur d'environ un véhicule derrière le véhicule de livraison qui le précédait (selon le rapport de police: "Lieferwagen", voir dos. Suva 21/1), ce dernier a freiné soudainement, de sorte qu'il n'est pas parvenu à l'éviter et qu'il l'a percuté par l'arrière (dos. Suva 21/5 et 21/10 s.).

6.3 Selon le rapport établi le 12 mai 2017 par le généraliste traitant du recourant à la demande de l'intimée, l'intéressé a été examiné le 1^{er} mai 2017. Dans ce document, le médecin traitant a mentionné l'apparition de douleurs à la tête et à la nuque 12 heures après l'accident, de même que de douleurs musculaires dans tout le corps et de troubles du sommeil (après 6-10 heures), retenant le diagnostic de distorsion de la colonne vertébrale cervicale et de douleurs à l'épaule droite ainsi qu'au bras gauche (dos. Suva 10/2 et 11/1, voir aussi dos. Suva 24/2). Une physiothérapie et la prise d'analgésiques ont été recommandées (dos. Suva 22 s. et dos. Suva 24/4). Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 28 avril au 22 mai 2017. Elle a ensuite été prolongée à plusieurs reprises (voir c. A).

6.4 Une expertise a été menée à la Clinique C. _____ du 11 au 13 septembre 2017 par une spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, un spécialiste en neurologie, un spécialiste en psychiatrie/psychothérapie ainsi que par une physiothérapeute. Dans leur rapport de synthèse du 18 septembre 2017, les deux premiers nommés ont retenu les diagnostics principaux de traumatisme cervical indirect le 28 avril 2017 (selon le ch. S13.4 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), de cervicalgies chroniques (selon le ch. M54.2 CIM-10) et de cruralgies gauches aiguës (selon le ch. R52.9 CIM-10). Les experts ont expliqué que le recourant a immédiatement développé des douleurs à la poitrine et des céphalées suite à l'accident, puis des cervicalgies durant la journée, les douleurs ayant persisté jusqu'à nécessiter une consultation chez le médecin traitant quelques jours plus tard. Selon ce document, des douleurs lombaires (aggravées) et à la cuisse gauche sont venues s'ajouter trois semaines avant l'expertise, de même que des réveils et des fourmillements des mains pendant la nuit, le recourant s'étant aussi plaint d'une fatigabilité. Les experts ont toutefois nié la présence de vertiges, de nausées ou de troubles visuels, notamment. Le pronostic a été jugé bon, mais il a été souligné que l'accumulation des problèmes somatiques, associés aux cervicalgies, semblait préteriter la reprise de l'activité professionnelle (voir également les constatations de la physiothérapeute: dos. Suva 35/1 s.). L'expert en psychiatrie et psychothérapie n'a quant à lui retenu aucun diagnostic dans son rapport du 13 septembre 2017. Il a indiqué qu'il n'existait aucun symptôme dépressif, ni aucun trouble de la concentration ou de la mémoire, de même qu'aucune fixation sur la maladie. L'expert psychiatre a toutefois relaté que le recourant, bien que peu informé de la construction des assurances sociales en Suisse pour les cas maladie ou accident, était convaincu d'avoir droit à une rente (voir dos. Suva 34/5) et qu'il avait laissé entendre qu'il en attendait une pour le reste de son stage de travail jusqu'en février 2019, avant la retraite (voir dos. Suva 34/3). Quant à l'expert neurologue, il a confirmé que le recourant se plaignait principalement de cervicalgies continues, provoquant notamment des céphalées. Il a déclaré que le recourant souffrait aussi de douleurs dans le bas du dos, à l'origine de troubles du sommeil. Il a rapporté que ces douleurs étaient connues de

longue date par le recourant mais avec une nette accentuation depuis l'accident du 28 avril 2017. L'expert a exclu la présence d'une perte de force, de troubles sensitifs, d'un trouble vésico-sphinctérien et d'une modification sur le plan cognitivo-comportemental. Il a de plus nié les autres symptômes typiques consécutifs à un traumatisme crânien. L'expert a encore déclaré n'avoir relevé aucun signe objectif en faveur d'un syndrome radiculaire cervical ou lombaire mais des signes discrets pouvant indiquer une polyneuropathie débutante (probablement dans le contexte d'un diabète). Un complément du bilan par une IRM lombaire a notamment été proposé et l'utilité d'un court séjour pour une rééducation intensive et un bilan éthologique a été évoquée.

6.5 Dans le rapport biomécanique succinct (triage) du 27 novembre 2017, il a essentiellement été relevé que, selon le rapport de police, le véhicule du recourant a été endommagé dans sa partie avant (pare-chocs, phares et côté gauche du capot; le montant des dégâts ayant été évalué à environ Fr. 2'500.-), que les airbags ne se sont pas déclenchés, que le recourant portait sa ceinture de sécurité et que sa voiture était encore en état de fonctionner après l'accident. Selon le rapport, le véhicule percuté par l'arrière a quant à lui subi des dégâts aux phares arrières, au support de lampe et éventuellement au châssis (voir dos. Suva 8 et 24/5). L'institut a retenu que la variation de vitesse subie par l'automobile du recourant a été de moins de 20 à 30 km/h. Il a finalement conclu que les données cliniques avancées par le recourant n'étaient pas explicables du point de vue biomécanique par l'effet de la collision.

6.6 Le médecin d'arrondissement de l'intimée, un spécialiste en médecine interne générale et en médecine intensive, s'est prononcé dans un rapport du 31 janvier 2018, dans lequel il a expliqué qu'au vu de l'IRM du 8 juillet 2013 ainsi que des radiographies du 26 août 2013 et du 11 septembre 2017 (examinées entre-temps par le service spécialisé d'un hôpital universitaire, voir dos. Suva 48, 60 et 64), il convenait de retenir que l'événement du 28 avril 2017 n'avait causé aucune lésion structurelle et avait tout au plus pu engendrer une aggravation passagère d'un état antérieur maladif et dégénératif du rachis, qui avait cessé de déployer ses effets. Le médecin d'arrondissement a ajouté qu'au-delà du 31 janvier

2018, les troubles cervicaux éventuellement encore actifs et nécessitant une prise en charge thérapeutique étaient probablement à mettre en relation de causalité avec les troubles maladifs. Dans son deuxième rapport, du 21 mars 2018, le médecin d'arrondissement a confirmé cette appréciation, en soulignant que les différentes investigations radiologiques et évaluations pluridisciplinaires ont mis en évidence des troubles maladifs et dégénératifs de la colonne cervicale documentés de longue date mais qu'ils n'ont pas objectivé d'atteinte organique liée à l'accident, permettant d'expliquer, sur un plan somatique, les plaintes subjectives décrites par le recourant (céphalées, nuchalgies, troubles du sommeil et troubles de l'équilibre).

7.

En l'occurrence, se pose d'abord la question de la force probante du rapport du médecin d'arrondissement de l'intimée du 21 mars 2018.

7.1

7.1.1 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

7.1.2 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes

pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

7.1.3 Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

7.2

7.2.1 En l'espèce, le rapport du 21 mars 2018 du médecin d'arrondissement de l'intimée (dont les compétences médicales sont certifiées) a été établi après avoir requis des précisions et des compléments au sujet des radiographies versées au dossier (du 11 septembre 2017; dos. Suva 48 et 51), avoir sollicité l'avis d'un radiologue d'un hôpital universitaire à cet égard (de même qu'au sujet des radiographies du 26 août 2013 et de l'IRM de la colonne cervicale du 8 juillet 2013; dos. Suva 60 s. et 64), ainsi que celui de l'experte spécialisée en médecine interne générale et en rhumatologie (dos. Suva 52 à 54). Par ailleurs, ce rapport énumère l'ensemble des éléments déterminants figurant au dossier (dos. Suva 80/1-4). Par conséquent, force est de reconnaître qu'il repose sur des bases médicales vérifiées et sur un exposé clair et approfondi des faits. Cela étant, contrairement au point de vue du recourant (voir ch. 25 du recours), dans la mesure où le dossier présente une image complète et exhaustive de la situation médicale, on ne saurait reprocher au médecin d'arrondissement de ne pas avoir examiné personnellement l'intéressé. De plus, le recourant ne saurait tirer argument du fait que le médecin d'arrondissement est déjà intervenu à son égard par

le passé, à savoir s'agissant de ses précédents accidents. En effet, non seulement un tel grief est tardif (voir ATF 143 V 66 c. 4.3 et 132 V 93 c. 7.4.2) mais cette circonstance n'est de toute manière pas de nature à susciter une apparence de prévention (voir c. 7.1.3 et les références citées ainsi que l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des Cours de droit social du TF] U 291/99 du 8 septembre 2000 c. 1c).

7.2.2 En outre, sur le plan matériel, le médecin d'arrondissement a expliqué de façon probante que les investigations radiologiques et les évaluations pluridisciplinaires n'ont pas objectivé d'atteinte organique liée à l'événement du 28 avril 2017 et qui permettrait d'expliquer les plaintes du recourant. En effet, les radiographies cervicales et de la hanche gauche, du 11 septembre 2017, n'ont pas révélé de signe d'une lésion traumatique (voir dos. Suva 33/6, 36/1 et 36/3). Le médecin d'arrondissement a toutefois relevé, à juste titre, qu'elles ont en revanche mis en évidence des troubles maladiques et dégénératifs de la colonne cervicale (documentés de longue date). Il a dès lors conclu de façon logique que l'accident litigieux n'a occasionné aucune lésion structurelle de la colonne cervicale (déchirure ligamentaire ou fracture notamment; voir aussi dos. Suva 51 in fine) et qu'il a tout au plus pu engendrer une aggravation passagère d'un état antérieur maladique et dégénératif du rachis qui a cessé de déployer ses effets à tout le moins au 31 janvier 2018 (étant précisé à propos de cette échéance qu'une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant cliniquement stable de la colonne vertébrale doit en général être considérée comme terminée après six à neuf mois, voir SVR 2009 UV n° 1 c. 2.3.1 s. et ch. 22 du recours). C'est donc de manière compréhensible que le médecin d'arrondissement a retenu que les troubles présentés par le recourant au-delà de cette date devaient essentiellement être mis en relation avec ces atteintes maladiques et dégénératives. Les conclusions du médecin d'arrondissement s'avèrent d'autant plus crédibles que l'expert neurologue a expressément exclu la présence des symptômes typiques se manifestant à la suite d'un traumatisme crânien (voir dos. Suva 36/2 § 1) et que le service de radiodiagnostic et de radiologie interventionnelle auquel ont été soumises les radiographies et IRM de la colonne cervicale a confirmé qu'il n'y avait pas d'évolution déterminante entre les images de 2013 et celles

de 2017 (voir dos. Suva 64). Aussi, même s'il se fonde sur une IRM de la région lombaire et non de la région cervicale (dos. Suva 60), on ne saurait pour autant ignorer que le rapport d'IRM du 9 novembre 2017, transmis par le recourant à l'intimée (voir dos. Suva 55), ne fait pas non plus état d'une différence significative à ce propos depuis un précédent examen effectué avant l'accident litigieux, soit le 27 mai 2016. De même, l'avis du médecin d'arrondissement s'impose également du fait qu'il n'est pas remis en question par un quelconque rapport médical émanant du médecin traitant du recourant. Enfin, on doit encore prendre en considération le fait que l'appréciation du médecin d'arrondissement est aussi corroborée par les conclusions de l'expertise biomécanique (d'après lesquelles les troubles litigieux ne sont pas explicables par la collision survenue le 28 avril 2017, voir c. 6.5). Par conséquent, il sied de retenir que le rapport du médecin d'arrondissement du 21 mars 2018 est cohérent, concluant et dépourvu de contradiction ou d'indice remettant en cause sa fiabilité, de sorte qu'il y a lieu de lui accorder une pleine valeur probante.

7.2.3 En particulier, le recourant ne saurait remettre en cause la valeur probante de ce document en se prévalant du fait que le médecin d'arrondissement n'a pas suivi la proposition des experts spécialisés en neurologie, d'une part, ainsi qu'en médecine interne et en rhumatologie, d'autre part, à savoir de l'hospitaliser à des fins diagnostiques et de rééducation (voir ch. 25 du recours; dos. Suva 33/8). En effet, s'il est vrai qu'une telle recommandation a été formulée par les experts, il n'en demeure pas moins que celle-ci a été exprimée dans le contexte d'une appréciation globale de la capacité de travail du recourant, de même qu'en lien avec l'ensemble des maux rapportés par ce dernier. De plus, cette suggestion (qui n'est pas motivée plus avant dans le rapport d'évaluation interdisciplinaire) a visiblement été reprise de l'avis émis par l'expert neurologue dans son propre rapport. Or, dans ce document, cet expert s'est prononcé en ce sens après avoir relevé la présence de signes discrets pouvant indiquer une polyneuropathie débutante puis souligné que les cruralgies étaient aussi intrigantes et qu'elles pouvaient correspondre à une atteinte irritative radiculaire ou à une coxarthrose (dos. Suva 36/3). Il n'a cependant fait aucune mention de l'accident. Le médecin d'arrondissement a de surcroît spécifiquement motivé son choix en

expliquant qu'une hospitalisation n'apparaissait pas indiquée, s'agissant des seules suites de l'accident du 28 avril 2017 (voir dos. Suva 37). Par conséquent, cette approche du médecin d'arrondissement apparaît non seulement compréhensible mais elle s'avère également convaincante, contrairement au point de vue contraire soutenu par le recourant. Quant au grief de ce dernier, selon lequel aucun examen n'a été réalisé pour établir l'origine de ses troubles de l'équilibre (évoqués dans son opposition du 27 février 2018), il y a lieu de constater que le recourant ne s'est plaint d'une telle affection ni avant, ni au cours de l'expertise pluridisciplinaire. On ne saurait dès lors reprocher aux experts de ne pas avoir entrepris des investigations en la matière. Cela vaut d'autant plus que le rapport de l'expert neurologue a expressément exclu la présence de vertiges (dos. Suva 33/4 § 5, voir aussi dos. Suva 10/2, s'agissant du médecin-traitant), de même que d'un trouble sensitif ou d'un quelconque symptôme de traumatisme crânien, comme déjà évoqué (voir c. 7.2.2). Enfin, la mise en œuvre d'examens à ce niveau semble d'autant moins justifiée que le recourant ne s'est plaint de ces troubles qu'au stade de son opposition et qu'aucun avis médical figurant au dossier ne fait mention de ceux-ci.

7.3 En conclusion, c'est donc à bon droit que l'intimée a retenu (au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, voir c. 2.3 et 2.8), en se basant sur le rapport probant de son médecin d'arrondissement, que l'accident litigieux n'a occasionné aucune lésion structurelle organique, qu'il a tout au plus pu aggraver de manière passagère un état antérieur maladif et dégénératif cervical ayant cessé de déployer ses effets au 31 janvier 2018 au plus tard et que, depuis lors, les troubles dont souffre le recourant sont à mettre en relation avec ses atteintes malades et dégénératives de la colonne cervicale. L'intimée était donc fondée à nier tout droit à des prestations à partir du 31 janvier 2018 et à mettre fin au versement des indemnités journalières à compter du 13 février 2018. Une instruction médicale complémentaire est superflue.

7.4 Par ailleurs, à mesure que l'intimée a exclu à juste titre l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 28 avril 2017 et les troubles décrits par le recourant au-delà du 31 janvier 2018, point n'est besoin de se prononcer sur la question de l'existence d'un lien de causalité

adéquate entre ces deux éléments (voir c. 2.1 et ATF 119 V 335 c. 4c, ainsi que TFA U 297/01 du 8 août 2002 c. 3.3). Néanmoins, s'il fallait tout de même procéder à un tel examen, il conviendrait alors d'admettre avec l'intimée (voir ch. 11.2 de la réponse) que compte tenu des circonstances de l'accident (voir c. 6.5), le recourant a subi un événement d'une gravité moyenne, à la limite des cas de peu de gravité (voir TF 9C_220/2016 du 12 février 2017 c. 5.1, 8C_783/2015 du 22 février 2016 c. 4.2, 8C_135/2011 du 1^{er} septembre 2011 c. 6.1.1 et les références citées; voir aussi la casuistique exposée in: RUMO-JUNGO/HOLZER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, 2012, p. 64 ss) et non de gravité moyenne (uniquement), comme l'invoque le recourant (voir ch. 22 du recours). Or, parmi les 7 critères énumérés exhaustivement par la jurisprudence (voir c. 2.7.3), force est de reconnaître que celui afférent aux circonstances particulièrement dramatiques/au caractère particulièrement impressionnant de l'accident doit être écarté (ce que ne conteste pas le recourant, voir ch. 22 du recours), à l'instar de celui relatif aux erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, ainsi que de celui se rapportant aux difficultés apparues au cours de la guérison (complications importantes). Parmi les quatre critères restants, on ne saurait cependant admettre, en tout état de cause, qu'une prescription de physiothérapie et la prise d'analgésiques constituent une administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, comme l'a justement évoqué l'intimée (voir ch. 11.3 § 2 de la réponse; ATF 134 V 109 c. 10.2.3; TF 8C_55/2013 du 7 janvier 2014 c. 4.5.4, 8C_878/2012 du 4 septembre 2013 c. 4.2.4, 8C_305/2011 du 6 mars 2012 c. 3.5, 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 c. 7.2.2). Ce faisant, même si, ce qui n'est pas le cas, on pouvait admettre la présence des critères discutés par le recourant (la gravité et la nature particulière des lésions, l'intensité des douleurs, de même que l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré), seuls trois des quatre critères requis par le TF (en cas d'accident de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité) seraient réunis, de sorte que le recours devrait aussi être rejeté.

8.

Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être rejeté.

8.1 En vertu de l'art. 61 let. a LPGA, il n'est pas perçu de frais pour la procédure de recours.

8.2 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée; l'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait en effet le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimée,
 - à CSS Assurance, Tribschenstrasse 21, 6000 Lucerne,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).