

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2397/2009

ATAS/1377/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 10 novembre 2009

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à BONS EN CHABLAIS,
FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Cédric DURUZ

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002
LUCERNE

intimée

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après l'assuré), né en 1953, a travaillé, depuis 1986, auprès de X_____ & Cie SA en qualité de responsable du département plâtrerie. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA).
2. Depuis le 18 avril 1999, l'assuré était au bénéfice d'une demi-rente de l'assurance-invalidité, basée sur une incapacité de travail de 50% en raison de hernies discales lombaires et sciatiques. Il travaillait, depuis lors, 21 heures par semaine.
3. Le 12 août 2004, l'assuré a été victime d'un accident : alors qu'il était à l'arrêt, au volant du véhicule de l'entreprise, il a été percuté frontalement par un autre véhicule. Il a déclaré que lors de la collision, il regardait droit devant lui, la tête en position normale, les appuie-têtes étaient ajustés correctement, la tête avait subi un choc contre le siège passager, puis contre le montant de la porte, le pouce et le poignet avaient heurté le volant et ses côtes le levier de vitesse. Le 1^{er} octobre 2004 a été établi le rapport d'accident, duquel il ressort que la vitesse signalée de l'autre automobiliste était de 45 km/h.

L'assuré a également indiqué avoir ressenti une douleur importante dans les cervicales, des tremblements, des écoulements des yeux et du nez et avoir eu des nausées dans l'ambulance. Ces troubles ont été ressentis immédiatement après l'accident. D'après l'assuré, il avait perdu connaissance entre cinq et dix minutes. Il a été conduit, en ambulance, à la Polyclinique des services de chirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), mais a pu rentrer chez lui le jour-même. Une incapacité de travail a été fixée jusqu'au 16 août 2004, puis a été prolongée jusqu'au 23 août 2004. Le Dr A_____, médecin interne aux HUG, a par la suite posé le diagnostic de contusions multiples.

4. En date du 24 août 2004, le Dr B_____, médecin traitant, a prolongé son arrêt de travail jusqu'au 19 septembre 2004. Sur requête du 26 août 2004 de la SUVA, ledit médecin a posé les diagnostics d'entorse cervicale, de contusions multiples et de douleurs crânio-temporales droites et a constaté la présence de cervicalgies, dorsalgies et lombalgies et de douleurs sterno-costales et crânio-temporales droites. Les données radiologiques étaient normales. Le médecin n'a pas déterminé le moment de la reprise de l'activité lucrative.
5. Par rapport intermédiaire du 6 octobre 2004, le Dr B_____ a retenu des lombalgies, des cervicalgies et une impotence fonctionnelle douloureuse du poignet et de la main droites. Les cervicalgies avec céphalées et dorso-lombalgies étaient

« invalidantes » tant pour l'activité professionnelle de l'assuré que pour son sommeil.

6. Par rapport du 10 mars 2005, la Dresse C _____, médecin à la Polyclinique des services de chirurgie des HUG, a informé la SUVA que lors de la consultation du 12 août 2004, l'assuré s'était plaint de céphalées gauches, occipitales et frontales, de douleurs du poignet droit et de douleurs du rachis diffuses et de la hanche gauche. Aucune lésion osseuse ne ressortait des radiographies de la colonne cervicale et dorsale et de celle du poignet. Le diagnostic posé était celui de contusions multiples, le traitement antalgique et l'incapacité de travail totale du 12 au 15 août 2004.
7. Par rapport du 4 avril 2005, le Dr B _____ a confirmé la présence de cervicalgies invalidantes et n'a pas fixé de date de reprise de travail. Le traitement consistait en de la rééducation, des antalgiques et des anti-inflammatoires. Un dommage permanent était à craindre.
8. Par rapport du 22 avril 2005, le Dr. D _____ a posé le diagnostic de cervicalgie dorsalgie chronique, a noté une amélioration avec un risque de rechute ultérieure, toutefois, un dommage permanent n'était pas à craindre.
9. Le 8 juin 2005, le Dr E _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré et a signalé, dans son rapport du lendemain, que celui-ci avait apparemment subi un traumatisme crânio-cervical, qui s'était compliqué d'une intense symptomatologie douloureuse qui commençait à être maîtrisée, toutefois, la situation n'était pas encore stabilisée et l'assuré était toujours en incapacité de travail. L'IRM cervicale et cérébrale du 21 février 2005 mettait en exergue une protrusion discale C6-C7 et une petite image arrondie en hypersignal P2 pariétale droite haute, n'expliquant cependant pas la symptomatologie clinique. L'assuré a déclaré que ses douleurs à la tête avaient diminué.
10. Par rapport du 1^{er} juillet 2005, le Dr B _____ a également fait part d'une amélioration débutante de la symptomatologie douloureuse.
11. Par courrier du 10 mai 2005 adressé au Dr B _____, la Dresse F _____, neurologue, a constaté que l'examen neurologique était strictement normal. L'assuré présentait des douleurs des quatre membres, des cervicalgies, des céphalées quasi-permanentes à type de sensation d'étau. Par courrier subséquent du 12 juillet 2005, elle a expliqué à la SUVA qu'elle ne pouvait se prononcer ni sur la capacité de travail à moyen ou long terme, attendu que cela dépendait de la réponse thérapeutique, ni sur un changement de profession ou une éventuelle stabilisation de l'état de santé, laquelle était possible sous traitement.

12. Le 1^{er} septembre 2005, le Dr E _____ a reçu l'assuré et a remarqué, dans son rapport du lendemain, que l'amélioration relevée au mois de juin n'avait pas persisté. Il a requis un bilan neurologique.
13. Dans un rapport du 16 septembre 2005, le Dr G _____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'assuré présentait un syndrome post-commotionnel avec deux types de plaintes, soit, d'une part, des troubles du sommeil avec agitation et cauchemars et, d'autre part, des céphalées et des cervicalgies très importantes et invalidantes. Sur le plan neuropsychologique, il a signalé une exacerbation des céphalées à l'effort de concentration, mais n'a pas mis en évidence de trouble dysexécutif, praxique, gnosique et du langage. Une reprise du travail n'était pas envisageable actuellement. Une IRM cérébrale avait été réalisée le 7 septembre 2005, laquelle mettait uniquement en évidence une lésion difficilement définissable, lésion qui était, d'après le médecin, de nature séquellaire, non évolutive et sans relation avec l'accident.
14. Par nouveau rapport du 1^{er} décembre 2005, le Dr G _____ a précisé que l'évolution depuis le mois de septembre 2005 était lente, mais « certainement favorable ». En effet, les insomnies, les cauchemars, les rêves ainsi que les céphalées diminuaient, le sommeil devenait de plus en plus réparateur, mais les cervicalgies étaient encore assez importantes. Il a constaté que la musculature de la tête et du cou était beaucoup moins sensible, la mobilisation cervicale moins douloureuse et que l'examen neurologique restait normal. Le médecin a considéré que l'assuré devait pouvoir reprendre, dès début 2006, son activité antérieure à 50%, comme précédemment, son état de santé devant s'être stabilisé d'ici-là. Il n'a pas mis en exergue de facteur étranger qui puisse interférer dans l'évolution de la symptomatologie.
15. Dans un rapport du 4 décembre 2005, le Dr B _____ a retenu des céphalées et cervicalgies et a confirmé que la capacité de travail de l'assurée serait de 50% dès le mois de janvier 2006, toutefois, des cervicalgies allaient persister de manière permanente. Dans un certificat subséquent, il a considéré que la reprise d'une activité pouvait avoir lieu dès le 10 janvier 2006, date à laquelle l'état de santé devait être considéré comme « consolidé » avec persistance des céphalées, névralgies cervico-temporales et cervico-brachiales droites séquellaires invalidantes.
16. Lors d'un entretien téléphonique en date du 18 janvier 2006 entre un collaborateur de la SUVA et l'assuré, celui-ci a déclaré qu'il avait repris, le 10 janvier 2006, sa précédente activité professionnelle et qu'aucun traitement n'était en cours, hormis la prise occasionnelle de médicaments.

17. a) Par décision du 2 novembre 2007, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité entière du 12 août 2005 au 31 janvier 2006, suite à quoi, cette rente a été diminuée à une demi-rente.

b) Pour rendre sa décision, l'OCAI s'est principalement basé sur une expertise médicale effectuée, en date du 11 juin 2007, par le Dr H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, lequel a posé les diagnostics de lombopseudo-sciatalgies gauches chroniques, cervicalgies chroniques, troubles statiques et dégénératifs discrets du rachis cervical et troubles dégénératifs sévères du rachis lombaire. D'après lui, la capacité de travail de l'assuré était de 80% dans son activité antérieure, soit dans une activité professionnelle légère excluant les ports de charges au-delà de 15 kilogrammes, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et permettant l'alternance de la position assise et debout. Il y avait lieu de tenir compte d'une diminution de rendement. L'expert a notamment relevé que l'examen neurologique était normal, que les examens radiologiques mettaient en évidence des troubles statiques et dégénératifs discrets à modérés du rachis cervical, des troubles dégénératifs sévères de la charnière lombo-sacrée sous la forme d'une discarthrose L5-S1 marquée par une quasi-disparition de l'espace discal et un remaniement dégénératif prédominant sur le versant sacré, une discopathie L5-S1 marquée avec un effet nodic I à II des vertèbres et sous-jacentes, de même qu'une discopathie médiane paramédiane gauche de L4-L5.

18. Le 12 février 2008, l'assuré a été soumis à un nouvel examen par le Dr E_____, lequel a estimé qu'il était en totale incapacité de travail. En effet, en date du 17 décembre 2007, l'assuré avait subi un accident non professionnel, lors duquel il avait été blessé au genou droit. Par ailleurs, l'assuré a notamment indiqué au médecin qu'il avait dû quitter sa place de travail auprès de X_____ & Cie SA au mois de mai 2007, des divergences étant apparues avec son employeur suite à sa lenteur à effectuer son travail, toutefois, dès le mois de juin 2007, il avait débuté une nouvelle activité lucrative auprès de l'entreprise TARSI.

19. a) Le Dr I_____, spécialiste FMH en neurologie, a été mandaté par la SUVA pour procéder à une expertise. L'assuré a été examiné en date des 25 mars et 5 mai 2008 par ce médecin et le 18 avril 2008 par Madame N_____, psychologue diplômée FSP, pour une évaluation cognitive.

b) Dans leur rapport neuropsychologique du 15 avril 2008, ils ont retenu, sur le plan exécutif, un manque d'initiation dans les tâches d'évocation lexicale, des difficultés dans la gestion de tâches multiples nécessitant des capacités de planification et de flexibilité mentale. Au niveau attentionnel, l'assuré présentait des difficultés importantes, lesquelles ont été observées tant, sur le plan clinique, par une oscillation du niveau de la concentration et une sensibilité aux stimuli environnants pendant la séance d'évaluation, que lors des tests psychométriques portant sur les

aptitudes attentionnelles (temps de réaction ralentis et erreurs attentionnelles). De plus, ils ont également constaté des scores dans les limites inférieures des normes lors d'une tâche évaluant les capacités mnésiques en modalité visuelle. Les autres sphères cognitives, soit, par exemple, la mémoire immédiate et épisodique, le langage et l'orientation spatio-temporelle, étaient globalement conservées.

Ils ont conclu que ce tableau cognitif, dans lequel prédominaient les troubles attentionnels sévères et un dysfonctionnement exécutif modéré, était compatible avec les séquelles de l'accident dont a été victime l'assuré en août 2004, les déficits objectivés confirmant, en particulier, les difficultés de concentration et d'organisation rencontrées par l'assuré dans les activités quotidiennes.

c) L'examen neurologique somatique était dans les limites de la norme, hormis une possible hypoesthésie des premiers rayons du pied gauche (« possible atteinte L5 à minima »). L'expert neurologue a estimé que les nualgies et les céphalées étaient des séquelles du traumatisme survenu au mois d'août 2004. Par ailleurs, d'après lui, les troubles attentionnels importants associés à des signes de dysfonctionnement exécutifs modérés devaient être considérés comme définitifs et séquellaires à l'accident. Cependant, depuis cet accident, l'assuré présentait également des troubles du sommeil avec la survenance de cauchemars. Ces troubles du sommeil, lesquels ressortaient de l'anamnèse, et notamment l'éventuel syndrome d'apnées du sommeil, étaient susceptibles d'interférer avec ses fonctions cognitives. L'expert a ainsi encouragé l'assuré à bénéficier d'une évaluation pneumologique et d'une oxymétrie nocturne associée, si nécessaire, à une polysomnographie.

20. Le 26 août 2008, le Dr K_____, spécialiste en neurologie, en psychiatrie et psychothérapie, médecin de la SUVA, a apprécié la situation médicale de l'assuré et répondu aux questions suivantes : sur le plan neurologique, une atteinte à l'intégrité est-elle imputable à l'accident du 12 août 2004 ? L'incapacité de travail du 10 au 16 janvier 2006 doit-elle être considérée comme due à l'accident ?

Sur la base du dossier médical de l'assuré, le médecin a retenu un traumatisme crânio-cérébral léger (« mild traumatic brain injury », MTBI) de la forme la plus bénigne, un syndrome céphalalgique post-traumatique aigu et un whiplash associated disorder (WAD - traumatisme d'accélération crânio-cervical) de degré de gravité clinique I.

Il a constaté que les imageries médicales ne mettaient pas en exergue de lésion traumatique du parenchyme cérébral ou d'altération d'origine traumatique des structures neuronales au niveau du rachis cervical et que la petite modification du signal au niveau de la substance blanche de la région pariétale de l'hémisphère droit du crâne devait être considérée comme non spécifique.

Il a conclu qu'« en résumé, on ne trouve ni dans les rapports d'examen datant de l'époque de l'accident, ni dans les documents ultérieurs de signe de lésion

organique ou structurelle du système nerveux central ou périphérique qui pourrait être attribuée à l'accident du 12 août 2004. Un syndrome céphalalgique aigu et/ou post-traumatique peut être admis avec vraisemblance comme conséquence de cet accident. Toutefois, au cours de l'année 2006, ces troubles ne jouaient plus de rôle déterminant. Les anomalies neuropsychologiques constatées dans le cadre de l'examen du 18 avril 2008 ne sont corrélées à aucune constatation correspondante sur les clichés détaillés du crâne. Comme d'autres facteurs peuvent avoir joué un rôle dans les anomalies neuropsychologiques décrites (médication, douleurs chroniques, troubles du sommeil), on ne peut pas établir de lien de causalité vraisemblable entre ces résultats et l'accident du 12 août 2004. Concernant les douleurs au rachis cervical dont l'assuré se plaint depuis longtemps, aucune corrélation ne peut être établie sur le plan neurologique. Les documents AI présentés évoquent des radios du rachis cervical effectuées dès le 2 juin 2004 par le docteur Aix. Ainsi, l'assuré avait déjà consulté un médecin en raison de problèmes au rachis cervical plus de deux mois avant l'accident. On peut en déduire que l'accident du 12 août 2004 a tout au plus entraîné une aggravation passagère d'un état maladif préexistant au niveau du rachis cervical. Sur le plan neurologique, aucun examen ou traitement supplémentaire n'est plus nécessaire en rapport avec l'accident du 12 août 2004. Sur le plan neurologique, aucune atteinte à l'intégrité physique notable et/ou durable n'est imputable à l'accident du 12 août 2004. A compter de l'année 2006, aucune limitation de la capacité de travail de l'assuré, en termes de temps de travail ou de performance, ne peut plus être justifiée par des séquelles neurologiques de l'accident. »

21. Dans une appréciation du 6 octobre 2008, le Dr E_____ a établi que, d'après les divers avis neurologiques au dossier, l'ensemble des troubles présentés par l'assuré au niveau de la tête et de la colonne cervicale n'était plus en rapport de causalité avec l'accident, et cela vraisemblablement depuis plusieurs années. Il a rappelé qu'au moment de l'accident, l'assuré était déjà au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité et qu'aucune aggravation des troubles n'avait pu être mise en évidence. Il a ainsi estimé que la SUVA devait mettre fin à toutes les prestations concernant les conséquences à long terme de l'accident du mois d'août 2004.
22. Par courrier du 16 décembre 2008, l'assuré a contesté cette appréciation du Dr E_____ et a soutenu que les conclusions du Dr I_____ et de Madame N_____ devaient être suivies. De plus, il a souligné avoir principalement repris sa précédente activité lucrative en janvier 2006, car il ne souhaitait pas faire une nouvelle demande de rente d'invalidité. Il souffrait toujours, à cette époque, d'atteintes à la santé et avait exercé cette activité avec beaucoup plus de difficultés qu'auparavant. Enfin, il a signalé que les témoins de l'accident lui avaient rapporté qu'il était effectivement resté sans connaissance entre 15 et 20 minutes, de sorte que les déclarations médicales contraires étaient erronées.

23. Le 8 janvier 2009, la SUVA a rendu une décision par laquelle elle a mis un terme au paiement des indemnités journalières au 9 janvier 2006 et des soins médicaux au 31 décembre 2008, au motif que les troubles présents n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 12 août 2004. Elle a considéré le cas comme liquidé.
24. Par courrier du 10 février 2009, l'assuré s'est opposé à ladite décision, sollicitant la prise en charge des soins médicaux au-delà du 31 décembre 2008, l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ainsi que la désignation du Dr I_____ pour déterminer ladite indemnité. Il n'a cependant pas contesté le terme mis au paiement des indemnités journalières, admettant que ses troubles lui permettaient effectivement de reprendre une activité lucrative à 50%. L'assuré a en substance considéré que le rapport du Dr K_____ était contradictoire, qu'il ne tenait pas compte des constatations du Dr I_____ et de Madame AMMAN et qu'il ne comprenait pas comment le médecin de la SUVA pouvait nier tout lien de causalité entre ses troubles et l'accident. De plus, le Dr K_____ avait, d'après l'assuré, une opinion divergeant de toutes celles des autres médecins qui s'étaient précédemment exprimés au sujet de son état de santé. Par ailleurs, une indemnité pour atteinte à l'intégrité devait lui être versée, attendu qu'il présentait des céphalées, des nuchalgies, des troubles du sommeil, des pertes de mémoire et des troubles de la concentration bien réelles et établies, durables, partiellement invalidantes, suffisamment importantes au sens de l'art. 36 OAA et étant en lien direct avec l'accident du 12 août 2004.
25. Par décision sur opposition du 19 juin 2009, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 8 janvier 2009, précisant qu'un éventuel recours n'avait pas d'effet suspensif.

La SUVA relève tout d'abord que le dossier médical ne révélait aucune lésion structurelle traumatique et qu'il ressortait des rapports tant internes que externes à la SUVA que l'accident assuré avait, tout au plus, pu entraîner une décompensation douloureuse passagère des troubles dégénératifs cervicaux. La SUVA s'est en substance basée sur le rapport du Dr K_____, lequel a indiqué que l'accident avait eu pour conséquence une distorsion cervicale de degré I et un MTBI (mild traumatic injury) de degré 0, troubles qu'il convenait de classer dans la catégorie des atteintes à la santé certes organiquement « perceptibles » cliniquement, mais qui n'ont pas de substrat organique dans le sens d'une altération structurelle. Enfin, au vu des rapports des Drs K_____ et E_____, l'accident ne jouait plus de rôle causal dans les troubles subsistants.

Au demeurant, la causalité naturelle pouvait, d'après la SUVA, demeurer ouverte, attendu qu'il y avait lieu de nier le rapport de causalité adéquate entre l'accident et les troubles. Il a relevé que l'assuré n'avait depuis longtemps pas suivi de traitement propre à améliorer sensiblement son état de santé, mais que le traitement était bien plutôt de type médicamenteux conservateur, de sorte que sa prise en

charge n'était en soi plus justifiée. En outre, l'accident devait être classé dans la catégorie des accidents de moyenne gravité. Hormis le critère des douleurs persistantes, aucun des autres critères pour retenir un lien de causalité adéquate entre les troubles et l'accident n'étaient remplis, de sorte que ce lien de causalité devait également être nié. Partant la SUVA a conclu que les troubles dont souffrait l'assuré n'ouvraient pas de droit à des prestations.

26. Le 6 juillet 2009, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant tant à la prise en charge des soins médicaux au-delà du 31 décembre 2008, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique qu'à la nomination du Dr I_____ pour déterminer ladite indemnité. Son mémoire de recours est à peu de chose près identique à son opposition du 10 février 2009, de sorte qu'il y sera renvoyé.
27. Par réponse du 25 août 2009, la SUVA a conclu au rejet du recours. Elle a considéré qu'il n'était pas contesté que l'assuré ne conservait aucune séquelle orthopédique ou neurologique objectivable de l'accident du 12 août 2004, la petite anomalie apparue à l'IRM cérébrale au centre ovale droit lui étant étrangère, d'après les neurologues. Elle a retenu que l'assuré requérait des prestations en relation avec des nalgies ainsi que des troubles neuropsychologiques, soit des troubles de la concentration, des céphalées et des troubles du comportement. Certes le Dr I_____ avait-il, dans son appréciation du 15 avril 2008, estimé que ces troubles étaient compatibles avec l'accident, toutefois, le Dr K_____ avait expliqué que ces déficits neuropsychologiques ne pouvaient pas être attribués à l'accident au seul motif qu'ils étaient compatibles avec sa nature. En effet, ces troubles pouvaient, d'après ce médecin, avoir d'autres origines, notamment une apnée du sommeil, qui était suspectée par le Dr I_____, la médication prise ou les douleurs chroniques présentées par l'assuré suite aux atteintes dégénératives de la colonne vertébrale. Eu égard à ce qui précédait, le Dr K_____ avait ainsi conclu que le lien de causalité naturel ne pouvait pas être tenu pour vraisemblable. L'appréciation de ce médecin devait être suivie. Au demeurant, s'agissant de troubles dépourvus de substrat organique imputable à l'accident, le lien de causalité adéquate devait être examiné à l'aune des critères découlant de l'ATF 134 V 109, lesquels excluaient ce lien, de sorte qu'il était justifié de mettre un terme à la prise en charge des frais de traitement et de refuser le droit à l'IPAI.
28. Suite à la transmission de la réponse de la SUVA à l'assuré le 27 août 2009, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
3. Le litige porte sur la question de savoir si l'assuré peut prétendre des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 décembre 2008 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il s'agira ainsi de se déterminer sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles présentés à cette date et l'accident du 12 août 2004.
4. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, 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 qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

b) Dans le cas d'espèce, il ne fait nul doute, ce qui n'est au demeurant pas contesté, que la collision entre le véhicule automobile de l'assuré et celui d'un tiers en date du 12 août 2004, répond à la définition de l'accident précitée.

5. a) Le droit aux prestations suppose d'abord entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007).

b) En matière de lésions du rachis cervical par accident du type « coup du lapin » (Schleudertrauma, whiplash-injury) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b). En outre, l'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après une période de latence (par exemple : vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (cf. arrêts U 580/06 du 30 novembre 2007 et U 215/05).

Dans un arrêt du 19 février 2008 aux ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé la jurisprudence en matière d'accidents de type « coup du lapin » et lésions similaires. Il ressort de cet arrêt que la causalité naturelle ne peut être admise que dans la mesure où elle se fonde sur des données médicales fiables, soit des constatations de spécialistes. Les circonstances de l'accident et les douleurs dont se plaint l'assuré doivent être documentées de la manière la plus précise possible ; ainsi y a-t-il lieu d'interroger l'assuré sur son état antérieur (par exemple à l'aide du questionnaire préparé par l'Association suisse d'assurance lors de la première consultation médicale après un traumatisme d'accélération crânio-cervical). Les déclarations de l'assuré sur les circonstances de l'accident et sur les douleurs doivent cependant être examinées de manière critique à l'aune d'exigences élevées et des autres données relatives au déroulement de l'accident (rapport de police, etc.) et de ses suites. Si le diagnostic de traumatisme cervical n'est qu'une suspicion, le médecin doit l'indiquer. Même si le médecin estime qu'il s'agit bien de lésions à la suite d'un traumatisme d'accélération crânio-cervical, il faut encore se fonder sur les circonstances de l'accident et sur l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance pour allouer les premières prestations d'indemnités journalières et de frais de traitement (consid. 9). Dans un grand nombre de cas concernant ce type d'accident, on constate une amélioration sensible après peu de temps. Par contre, lorsque les douleurs sont durables et se chronicisent, se pose la question du droit à une rente. Dans cette hypothèse, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise médicale multidisciplinaire. Il en va de même si un tel processus apparaît déjà peu de temps après l'accident (consid. 9.3). Précisément, une telle mesure d'instruction

doit être ordonnée si les douleurs persistent six mois après le traumatisme et confiée à des spécialistes et comporter des examens neurologique, orthopédique, psychiatrique et, cas échéant, neuropsychologique. Pour certaines questions, elle devra être complétée par un examen otoneurologique, ophtalmologique ou autre. L'expert devra prendre en compte les documents recueillis relatifs aux circonstances de l'accident, les premières constatations médicales et le développement jusqu'au jour de l'expertise. Seules seront considérées les déclarations convaincantes et les plaintes crédibles de l'assuré. Par ailleurs, l'expert posera un diagnostic différentiel entre les troubles de nature somatique et ceux de nature psychique, étant précisé que le seul fait qu'il y ait des circonstances sociales ou socioculturelles ne suffit pas à nier la relation de causalité (consid. 9.5).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé. (ATF 125 V 351 ss consid. 3b/bb)

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 no U 438 p. 346 consid. 3d). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99).

7. En l'espèce, la SUVA refuse de prendre en charge les frais médicaux au delà du 31 décembre 2008. Elle fonde notamment son refus sur les rapports des Drs K_____ et E_____ et considère que les troubles subsistants au niveau de la tête et de la colonne vertébrale n'étaient alors plus en relation de causalité avec l'accident du 12 août 2004, au motif qu'il n'existait pas de lésion structurelle traumatique et que l'accident avait tout au plus pu entraîner une décompensation douloureuse passagère des troubles dégénératifs cervicaux. L'assuré quant à lui soutient qu'il présente toujours des séquelles post-traumatiques, soit notamment des nuchalgies, des céphalées, des troubles du sommeil et de la concentration et des pertes de mémoire.

8. Le Dr K_____ a indiqué, dans son rapport du 26 août 2008, que l'assuré présentait un traumatisme crânio-cérébral léger (« mild traumatic brain injury », MTBI) de la forme la plus bénigne, un syndrome céphalalgique post-traumatique aigu et un whiplash associated disorder de degré de gravité clinique I. Les imageries médicales ne lui permettaient pas de retenir de lésion traumatique du parenchyme cérébral ou des structures neuronales au niveau du rachis cervical et la petite modification du signal au niveau de l'hémisphère droit du crâne devait être considérée comme non spécifique. D'après lui, il ne ressortait pas des rapports médicaux au dossier de lésion organique ou structurelle du système nerveux central ou périphérique qui pouvait être attribuée à l'accident du 12 août 2004. Un syndrome céphalalgique aigu et/ou post-traumatique pouvait être admis avec vraisemblance comme conséquence de cet accident. Toutefois, au cours de l'année 2006, ces troubles ne jouaient plus de rôle déterminant. Il a remarqué que l'examen du 18 avril 2008 avait mis en évidence des anomalies neuropsychologiques, toutefois, elles ne pouvaient pas être basées sur les clichés détaillés du crâne. Attendu que d'autres facteurs pouvaient avoir joué un rôle dans les anomalies

neuropsychologiques décrites (médication, douleurs chroniques, troubles du sommeil), le médecin n'a pas pu établir de lien de causalité vraisemblable entre ces résultats et l'accident d'août 2004. Concernant les douleurs du rachis cervical dont l'assuré se plaignait depuis longtemps, aucune corrélation ne pouvait être établie sur le plan neurologique. Il a du reste relevé que, d'après les documents de l'assurance-invalidité, des radios du rachis cervical avaient déjà été effectuées le 2 juin 2004. L'assuré avait ainsi consulté un médecin en raison de problèmes au rachis cervical plus de deux mois avant l'accident, de sorte que le Dr K_____ en a déduit que l'accident du 12 août 2004 avait, tout au plus, entraîné une aggravation passagère d'un état maladif préexistant au niveau du rachis cervical. En conclusion, sur le plan neurologique, aucun examen ou traitement supplémentaire n'était plus nécessaire et aucune atteinte à l'intégrité physique notable et/ou durable n'était plus imputable à cet accident. Ainsi, dès 2006, l'assuré ne présentait plus de limitation de sa capacité de travail pouvant être justifiée par des séquelles neurologiques liées à l'accident.

Le Tribunal constate que le rapport de ce médecin spécialiste en neurologie a été établi sur la base de l'intégralité du dossier de l'assuré, soit notamment sur les examens personnels effectués par les Drs I_____, H_____, E_____, B_____, F_____ et G_____. Son appréciation du cas est motivée et ses conclusions sont claires. Il a tout d'abord expliqué pour quelles raisons les différents diagnostics ont été retenus. Puis, il a estimé que l'appréciation neuropsychologique d'avril 2008 faite par le Dr I_____ et Madame N_____ ne pouvait pas être suivie. En effet, les séquelles relevées n'étaient pas confirmées d'un point de vue neurologique. De plus, au moment de cet examen, l'assuré avait déclaré prendre régulièrement du Lexomil, médicament somnifère, tranquillisant et pouvant altérer les fonctions cognitives. Enfin, le Dr I_____ avait également admis que les troubles du sommeil de l'assuré pouvaient avoir influencé négativement les résultats de l'examen. D'après le Dr K_____, les résultats de ces tests neuropsychologiques ne permettaient ainsi pas de retenir de détérioration définissable des structures du système nerveux ou de séquelles vraisemblablement en lien avec l'accident. Ce médecin a ainsi clairement explicité pourquoi il s'écartait des conclusions des tests neuropsychologiques. Enfin, il a également encore exprimé de manière motivée et convaincante ce qui l'amenait à ne plus retenir d'atteinte à l'intégrité physique imputable à l'accident. Ce rapport, dont il ne ressort pas de contradiction ou d'élément permettant de douter de l'objectivité du Dr K_____, emporte ainsi conviction. Il remplit dès lors les critères posés par la jurisprudence (cf. ATF 125 V 352 ss consid. 3).

9. a) Ce rapport a été confirmé par le Dr E_____ en date du 6 octobre 2008. Il a estimé qu'au vu des rapports neurologiques, les différents troubles de l'assuré n'étaient plus en lien avec l'accident et ce vraisemblablement depuis plusieurs années, étant précisé que l'assuré était déjà au moment de l'accident au bénéfice

d'une rente d'invalidité en raison de troubles lombaires, troubles qui n'avaient pas subi d'aggravation. Certes ce médecin est-il médecin d'arrondissement de la SUVA, toutefois, il a vu l'assuré à quatre reprises depuis l'accident d'août 2004 et a pu suivre personnellement l'évolution de son état de santé.

b) Cependant, l'assuré soutient qu'il y a au contraire lieu de suivre les conclusions du rapport d'examen neuropsychologique du Dr I _____ et de Madame N _____, d'après lesquels, les nuchalgies, les céphalées ainsi que le tableau cognitif présenté par l'assuré, dans lequel prédominaient les troubles attentionnels sévères et un dysfonctionnement exécutif modéré, étaient compatibles avec les séquelles de l'accident dont il a été victime en août 2004. Il est vrai que ceux-ci ont clairement décrit les résultats des tests neuropsychologiques et indiqué en quoi consistaient les troubles de l'assuré, toutefois, on cherche en vain dans leurs rapports les motifs qui les amènent à conclure au lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident. Il sera du reste rappelé que la jurisprudence considère qu'admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident revient à se fonder sur l'adage « post hoc ergo propter hoc » lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s., consid. 3b). Par conséquent, leurs conclusions ne sauraient remettre en cause l'appréciation motivée du Dr K _____. Qui plus est, comme l'indique ce médecin, le Dr I _____ a précisé que les troubles du sommeil, et singulièrement l'éventuel syndrome d'apnées du sommeil, étaient susceptibles d'interférer avec les fonctions cognitives de l'assuré, de sorte que cela conforte le Tribunal de céans dans le fait que les atteintes à la santé de l'assuré n'apparaissent pas, au degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident du mois d'août 2004.

c) Au demeurant il y a lieu de remarquer que l'appréciation du Dr K _____ est corroborée par les déclarations d'autres médecins, même si ceux-ci n'avaient pas toujours à se prononcer sur la question du lien entre les troubles présentés par l'assuré et l'accident. La Dresse F _____ a tout d'abord relevé que l'examen neurologique était strictement normal. Quant au Dr G _____, il a déclaré que l'état de santé de l'assuré allait se stabiliser au début de l'année 2006 et qu'il pouvait alors reprendre une activité lucrative dans la même mesure qu'avant l'accident et a retenu, comme le Dr K _____, que la lésion ressortant de l'IRM cérébrale du 7 septembre 2005 n'avait aucune relation avec l'accident d'août 2004. Enfin, le Dr H _____ ayant établi, en juin 2007, une expertise pour le compte de l'OCAI, a également estimé que l'examen neurologique était normal, que des mesures médicales ne pouvaient pas améliorer la capacité de travail de l'assuré, laquelle était de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

En ce qui concerne le Dr B _____, il est le médecin traitant de l'assuré et a considéré qu'un dommage permanent était à craindre. Outre le fait que le Dr

D_____ avait nié, en avril 2005, qu'il puisse exister un dommage permanent, les rapports du Dr B_____ ne sont que très peu motivés et ne permettent ainsi pas de s'écarter des conclusions convaincantes du Dr K_____.

10. Les documents médicaux au dossier font état d'un traumatisme crânio-cérébral et de l'absence d'un déficit fonctionnel organique, de sorte qu'il y a lieu de retenir que l'assuré présente un tableau clinique de type « coup de lapin » ou d'un traumatisme analogue, ce qui n'est à juste titre pas contesté par l'assuré. Il ressort notamment du dossier que des cervicalgies et des maux de tête ont immédiatement été ressentis par l'assuré après l'accident. Par la suite, il s'est plaint de troubles multiples, soit notamment de troubles de la concentration et de la mémoire ou d'irritabilité. Ces troubles ont trouvé leur justification dans des diagnostics retenus par les médecins, lesquels sont la conséquence, du moins durant un certain temps, de l'accident. Par conséquent, afin de déterminer le lien de causalité entre l'accident d'août 2004 et les troubles présentés par l'assuré après le 31 décembre 2008, il y a lieu d'appliquer la jurisprudence en matière d'accident de type « coup de lapin » ou de lésions similaires.
11. Comme indiqué précédemment, le lien de causalité naturelle a été exclu par le Dr K_____ en tous les cas au-delà du 31 décembre 2008, soit plus de trois ans après l'accident en question. Au vu de son rapport convaincant et motivé, il peut ainsi être constaté au degré de la vraisemblance prépondérante que le rapport de causalité naturelle doit être nié à partir du 1^{er} janvier 2009.
12. Il peut être relevé, à titre superfétatoire, que le lien de causalité adéquate entre l'accident et les atteintes à la santé doit également être nié en l'espèce.
13. Le rapport de causalité adéquate est en effet admis, si d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 110 consid. 3a, 123 V 98 consid. 3, 122 V 415 consid. 2c).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien

qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, 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 (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 383 ss, 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss).

La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants (cf. ATF 134 V 109 du 19 février 2008 précité, consid. 10.2) suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (consid. 10.2.1) ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions, étant précisé que le seul diagnostic de distorsion cervicale ne suffit pas pour admettre la réalisation de ce critère. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse, telles que la position particulière du corps lors de l'accident avec les complications qui s'en suivent ou d'autres lésions importantes déterminantes équivalentes à une distorsion cervicale ou à un traumatisme crânio-cérébral (consid. 10.2.2) ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds (consid. 10.2.3) ;
- les douleurs persistantes doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours (consid. 10.2.4) ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (consid. 10.2.5) ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (consid. 10.2.6) ;

- le degré et la durée de l'incapacité de travail. A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail (consid. 10.2.7).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

14. a) La SUVA a qualifié l'accident de gravité moyenne, ce qui n'a pas été contesté par l'assuré.

a/aa) Lorsque l'effet des forces en présence n'est pas dérisoire, l'accident est qualifié de gravité moyenne et non de moyen à la limite des cas graves (Arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2008 du 29 décembre 2008 et les références). Ont été considérés comme des accidents moyens, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture (ATFA D. du 30 décembre 1998), une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (ATFA Z. du 7 juin 1999, U 88/98) ou une collision frontale violente, suite à laquelle les passagers des deux véhicules ont subi des blessures de gravité diverses, la recourante ayant été victime de plusieurs lésions traumatiques (fractures) ayant nécessité une hospitalisation (ATF U 412/05 du 20 septembre 2006).

a/bb) En l'espèce, eu égard au rapport de police du 1^{er} octobre 2004, l'assuré a subi un choc frontal alors qu'il était à l'arrêt. La voiture l'ayant percuté roulait tout au plus à 50 km/h. Quant aux dommages matériels, ils n'apparaissent pas avoir été inusuels, attendu qu'il y a eu un choc entre deux véhicules. Il ne ressort enfin pas du dossier que le choc ait été d'une violence particulière de sorte que l'accident doit être objectivement qualifié de gravité moyenne.

b/aa) Les circonstances de l'accident ne peuvent pas être qualifiées de particulièrement dramatiques ou impressionnantes. Certes y a-t-il eu collision

frontale, toutefois, cet unique élément ne permet pas de considérer ce critère comme rempli.

Les lésions de l'assuré n'ont pas été particulièrement graves, ce qui résulte notamment du rapport du Dr K_____ ou du fait que l'assuré n'a pas été hospitalisé et a pu rentrer chez lui le jour même de l'accident.

Le critère de la durée anormalement longue du traitement médical n'est pas réalisé non plus. L'assuré a en effet suivi divers traitements pendant une durée d'une année et demie, ce qui n'est pas une durée anormalement longue, attendu qu'après une distorsion cervicale, un suivi médical s'étendant sur deux à trois ans doit être considéré comme normal pour le type de traumatisme subi (RAMA 3/2005 U 549, p. 236 consid. 5.2.4 ; Arrêt du Tribunal fédéral non publié U201/02 du 30 novembre 2004, consid. 3.3.2). Dès le mois de janvier 2006, il a recommencé à travailler et n'a pris que des antalgiques, soit un traitement médicamenteux qui vise à procurer une meilleure qualité de vie et non une amélioration de l'état de santé.

Par ailleurs, il n'apparaît pas que l'assuré a été victime d'une erreur médicale ou que des difficultés soient apparues au cours de la guérison, de sorte que ces deux critères ne sont pas non plus remplis.

Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, il y a lieu de constater que l'assuré a repris, dès janvier 2006, soit une année et demie après qu'il se soit produit, une activité lucrative au même taux qu'avant l'accident en question. Ce critère n'est dès lors pas réalisé.

Enfin, l'assuré présente toujours des douleurs depuis l'accident, ce qui n'est pas contesté par les médecins, toutefois, ces douleurs ne sont pas d'une intensité telle que ce seul critère permette de retenir un rapport de causalité adéquate.

b/bb) Par conséquent, le rapport de causalité adéquate entre les troubles de l'assuré présents après le 31 décembre 2008 et l'accident de novembre 2007 sera nié. C'est ainsi à juste titre que la SUVA a refusé de prendre en charge les soins médicaux après le 31 décembre 2008.

15. a) Aux termes des art. 24 et 25 LAA, une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité est versée à l'assuré qui, par suite d'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité est allouée sous forme de prestation en capital et ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident; elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA).

Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (ci-après OLAA), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie; elle est réputée importante

lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave.

L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen. La gravité s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'IPAI se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'IPAI peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01). (ATF 113 V 218 consid. 4; W. GILD et H. ZOLLINGER, *Die Integritätentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Berne 1984, pp. 38 et 46; dans le même sens, A. MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, Berne 1985, p. 417; A. RUMO-JUNGO, E. MURER, *Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104).

b) Il doit en l'espèce être constaté que c'est avec raison que la SUVA n'a pas alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité, car les atteintes non objectivables dont il souffre, soit notamment des céphalées, nualgies, troubles du sommeil, de la mémoire ou de la concentration, ne sont manifestement pas suffisamment importantes au sens où l'entend la législation fédérale et ne présentent plus, comme il a été précédemment exposé, de lien de causalité avec l'accident du mois d'août 2004.

16. Par conséquent, le recours sera rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste :

Diane E. KAISER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le