

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3158/2012

ATAS/419/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 30 avril 2013**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur M \_\_\_\_\_, domicilié à VILLE-LA-GRAND,  
FRANCE

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sis Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur M\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant français né en 1964 au Kosovo, a exercé l'activité de chauffeur-livreur à partir du 4 octobre 2004 auprès d'une société anonyme sise à Genève. Il était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA, caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée).
2. Le 6 août 2011, l'assuré, alors en vacances, a subi un accident de la route. Le véhicule qu'il conduisait a été percuté par l'arrière alors qu'il ralentissait en raison de la circulation à l'approche d'un tunnel. Il a évalué la vitesse de son propre véhicule à quinze ou vingt kilomètres par heure. Il a immédiatement ressenti des douleurs à la nuque et des maux de tête, se trouvant en outre dans un état de confusion et de peur. Son épouse et ses trois enfants n'ont, quant à eux, pas été blessés. Après avoir rempli un constat d'accident avec le conducteur de l'autre véhicule, l'assuré, se sentant incapable de conduire, a cédé le volant à son épouse afin de terminer le trajet jusqu'au domicile familial.
3. Le 7 août 2011, l'assuré s'est rendu au Centre Hospitalier Intercommunal d'Annemasse-Bonneville (ci-après le CHIAB), se plaignant de douleurs à la nuque, de vertiges, de troubles de l'audition et du sommeil, de brûlures cérébrales et de maux de tête. La Dresse B\_\_\_\_\_, médecin interne au Service d'Accueil des Urgences du CHIAB, a relevé que l'assuré avait subi une entorse cervicale bénigne entraînant une incapacité totale de travail de cinq jours, soit jusqu'au 11 août 2011.
4. En date du 11 août 2011, la Dresse N\_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, a certifié que son état de santé nécessitait la prolongation de son incapacité de travail jusqu'au 22 août 2011. Par la suite, elle a prolongé l'incapacité de travail à plusieurs reprises jusqu'au 27 juillet 2012.
5. Le 25 août 2011, l'employeur de l'assuré a communiqué à la SUVA une déclaration d'accident, de laquelle il ressort que l'événement du 6 août 2011 avait engendré un traumatisme de type "coup du lapin" entraînant une incapacité de travail du 11 au 28 août 2011, inclus.
6. Par courrier du 7 septembre 2011 adressé à l'employeur de l'assuré, la SUVA a indiqué qu'elle prenait le cas en charge, par le versement d'une indemnité journalière de 136 fr. à compter du 11 août 2011 et par le paiement des frais médicaux.
7. Par rapport du 16 septembre 2011, la Dresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a relevé que l'assuré présentait des cervicalgies et des hémicrânies post-traumatiques à nette prédominance gauche. Les douleurs étaient probablement

mixtes, avec une composante d'excès de nociception mais également une composante neurogène, une dissection artérielle ayant toutefois été écartée.

8. Par rapport du 20 septembre 2011, la Dresse N\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'entorse cervicale suite à un accident de voiture avec cervicalgies et relevé la persistance des douleurs et une impotence fonctionnelle sous la forme de vertiges. Elle a préconisé la réalisation d'une IRM cervicale et la consultation d'un neurologue.
9. Le 26 septembre 2011, le Dr Jérôme RIGAL, médecin du Service d'Imagerie Médicale du CHIAB, a effectué l'IRM préconisée par la Dresse N\_\_\_\_\_ et constaté la présence de débords disco et ostéophytiques étagés de C4 à T1, prédominant en C5-C6 et C6-C7, le débord étant davantage prononcé à hauteur de C5-C6 en postéro-latéral gauche "entrant en contact avec le cordon".
10. Suite au séjour de l'assuré à la CRR du 31 octobre au 3 novembre 2011, les Dresses P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, et Q\_\_\_\_\_, médecin associé et "spécialiste FMH en neurologie", ont établi un rapport daté du 7 novembre 2011, dans lequel elles ont posé les diagnostics de traumatisme cervical indirect et de trouble anxieux et dépressif mixte.

Pour parvenir à ces diagnostics, elles se sont notamment fondées sur trois rapports réalisés durant ou postérieurement au séjour de l'assuré à la CRR, soit :

- celui du 2 novembre 2011, réalisé par Monsieur R\_\_\_\_\_, physiothérapeute, dont il ressort que l'assuré n'a pas démontré la volonté de donner le maximum aux différents tests auxquels il a été soumis et que son niveau de cohérence lors de l'évaluation avait été faible ;
- celui du 4 novembre 2011, réalisé par le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte. Sur la base de la symptomatologie, il a expressément écarté l'existence d'un stress post-traumatique, de troubles somatoformes douloureux, d'une dépression majeure, d'une décompensation psychotique, d'une anxiété généralisée incapacitante, de troubles de la personnalité morbides, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbations de l'environnement psychosocial et de limitations fonctionnelles psychiatriques. Le traitement de son trouble anxieux et dépressif mixte paraissait adapté ;
- celui daté du 9 novembre 2011, réalisé par la Dresse Q\_\_\_\_\_, qualifiée dans ce rapport de "spécialiste en neurologie", qui a retenu que l'assuré ne présentait aucune symptomatologie neurologique associée à l'accident du 6 août 2011. Aucun trouble mnésique ou exécutif n'était apparu lors de l'examen neurologique, qui, en dépit des plaintes de l'assuré, était dans les normes, sans évidence d'atteinte radiculaire au niveau du système nerveux central.

---

Dans le cadre de leur appréciation du cas, les Dresses P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ont relevé que l'examen physique avait été marqué par le fait que l'assuré semblait figé et ralenti, faisant montre d'une bonne collaboration. Il existait "un frein algique pour la mesure du rachis cervical", alors que la gestuelle durant l'entretien paraissait plus aisée. L'examen neurologique spécialisé n'avait pas démontré de signe d'atteinte radiculaire ou centrale. L'examen des documents d'imagerie était rassurant dans la mesure où, hormis de discrets troubles statiques et dégénératifs, l'IRM cervicale ne montrait aucune lésion traumatique du cadre osseux, ni aucun élément faisant suspecter une atteinte médullaire ou périphérique. Quant aux capacités fonctionnelles, l'assuré effectuait des déplacements et des mouvements très ralentis et précautionneux. Lors des tests physiques, il mettait fin prématurément à la tâche avant que des signes physiques d'un effort maximal sans danger soient observés. La volonté de donner le maximum aux différents tests était insuffisante et le niveau de cohérence trop faible pour que le niveau de performance constaté correspondent à ses aptitudes fonctionnelles réelles.

Sur la base de ces éléments, les Dresses P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ont considéré que le pronostic somatique, si l'on tenait compte des seules suites de l'accident, pouvait être qualifié de bon, dans la mesure où le traumatisme n'avait pas nécessité de consultation médicale d'urgence immédiate et n'avait pas occasionné de lésion organique détectable. Ce pronostic favorable devait toutefois être tempéré en raison du trouble anxieux et dépressif mixte de l'assuré, de l'intensité du ressenti douloureux plus de trois mois après l'accident avec une diffusion à l'hémicorps gauche, de l'absence de réponse aux traitements et d'un score intermédiaire élevé témoignant d'une relative complexité bio-psycho-sociale, ce qui faisait craindre une évolution vers la chronicité, avec le risque de développement d'un état douloureux chronique diffus. Dans ce contexte, un traitement axé sur une hypothétique lésion anatomique paraissait dénué de sens. Il fallait rassurer l'assuré et l'orienter vers des méthodes actives de rééducation qui permettraient de corriger certaines distorsions cognitives et qui favoriseraient une reprise de confiance en ses propres aptitudes. Le traitement du trouble anxieux et dépressif mixte paraissait adapté, étant précisé que la poursuite d'un traitement spécialisé psychiatrique semblait indispensable.

11. Par rapport du 9 novembre 2011, le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement remplaçant de la SUVA, a considéré que l'entorse cervicale bénigne consécutive à l'accident du 6 août 2011 était survenue sur le terrain d'une pathologie disco-dégénérative cervicale mise en évidence par l'IRM du 26 septembre 2011. Cet examen n'avait pas démontré l'existence de lésion structurelle imputable à l'accident, confirmant le caractère bénin de l'entorse initiale. En outre, le séjour de l'assuré au sein de la CRR avait permis de relever que l'évolution de l'état de santé de ce dernier était influencée par des facteurs non organiques et psycho-sociaux. Si l'on se fondait exclusivement sur les troubles somatiques imputables à l'accident, force était de constater que l'accident du 6 août 2011 n'avait occasionné aucune

lésion structurelle susceptible d'induire des conséquences durables ou d'aggraver de façon déterminante les troubles dégénératifs cervicaux révélés par l'IRM. Plus de quatre mois après l'accident, celui-ci avait cessé de déployer ses effets sur le plan somatique. Les troubles invalidants subis par l'assuré étaient à mettre en relation avec une comorbidité cervicale dégénérative préexistante, indépendante de l'accident, associée à des facteurs psycho-sociaux et anxio-dépressifs dont le lien de causalité avec l'accident n'avait pas été démontré.

12. Par décision du 10 novembre 2011, la SUVA a supprimé au 30 novembre 2011 le droit de l'assuré au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement. Se basant sur le rapport du Dr T\_\_\_\_\_, la SUVA a considéré que les troubles affectant l'assuré ne présentaient plus de rapport de causalité naturelle ou adéquate avec l'accident du 6 août 2011.
13. Le 28 novembre 2011, l'assuré a formé opposition à cette décision et conclu à son annulation dans la mesure où son état de santé découlait de l'accident du 6 août 2011. Il requérait que la SUVA lui transmette le rapport du 7 novembre 2011 de la CRR et se déclarait prêt à se soumettre à un nouvel examen par un médecin-conseil. Il a joint à son courrier un certificat médical de la Dresse N\_\_\_\_\_, par lequel celle-ci attestait qu'il présentait une persistance de la symptomatologie douloureuse cervicale, de la raideur cervicale et de l'impotence fonctionnelle cervicale apparue initialement à la suite de l'accident du 6 août 2011.
14. Par courrier du 29 novembre 2011 adressé à la Dresse N\_\_\_\_\_, le Dr U\_\_\_\_\_, rhumatologue, a indiqué que l'examen radiologique de l'assuré était rassurant, ce dernier présentant toutefois un point douloureux résiduel en C6 sur une cervicale peu enraidie. Il n'avait jamais souffert des cervicales auparavant, l'accident du 6 août 2011 étant par voie de conséquence la cause de son état de santé. Il a ajouté que les suites post-entorse cervicale pouvaient être très longues, même en l'absence de lésion objective explicative en imagerie.
15. Par courrier du 9 décembre 2011, l'employeur de l'assuré a, par l'intermédiaire de sa mandataire, formé opposition contre la décision du 10 novembre 2011 et a conclu à son annulation, ainsi qu'au versement, en mains de l'assuré, des prestations auxquelles l'assurance-accidents lui donnait droit, soit les indemnités journalières et la prise en charge des frais de traitement. Se basant sur les rapports de la Dresse N\_\_\_\_\_ et sur le courrier du Dr U\_\_\_\_\_, il a soutenu que les problèmes de santé de l'assuré étaient en lien de causalité avec l'accident du 6 août 2011.
16. Par courrier du même jour adressé à la Dresse N\_\_\_\_\_, la Dresse O\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré souffrait toujours de cervicalgies avec irradiation dans le membre supérieur gauche. L'examen neurologique ne montrait aucun signe d'une atteinte radiculaire ou médullaire, étant précisé qu'il n'était pas rare que des symptômes douloureux persistent plusieurs mois après une entorse

cervicale. Une physiothérapie spécifique, "avec réassurance sur l'absence de lésion grave sous-jacente", était recommandée. Elle a précisé que l'assuré n'avait jamais présenté de cervicalgie avant l'accident et qu'elle était frappée par la présence d'une symptomatologie anxio-dépressive qui se développait progressivement depuis l'accident, risquant d'influencer négativement l'évolution des douleurs et qui justifiait une prise en charge psychiatrique.

17. Par courrier du 20 décembre 2011, la SUVA a communiqué sa décision du 10 novembre 2011 à l'assureur perte de gain maladie de l'assuré.
18. Par courrier du 23 janvier 2012, l'assureur perte de gain a refusé toute prise en charge, estimant que la capacité de travail était entière. Il se fondait sur des photographies (issues d'un film vidéo) prises par une société de surveillance qui étaient en totale contradiction avec les plaintes et les limitations fonctionnelles alléguées. Suite aux courriers de l'assuré et de son employeur des 31 janvier et 1<sup>er</sup> février 2012, l'assureur perte de gain a maintenu son refus de prise en charge par courrier du 8 mars 2012 adressé à l'assuré, se fondant sur les photographies précitées et sur l'avis de son médecin-conseil.
19. Par certificat médical du 30 janvier 2012, la Dresse N\_\_\_\_\_ a indiqué que depuis l'accident du 6 août 2011, l'assuré nécessitait de poursuivre une rééducation kinésithérapique en raison de la persistance des douleurs ressenties. Son état de santé ne requérait pas en revanche le maintien à domicile, les déplacements extérieurs n'étant pas contre-indiqués.
20. Par courrier du 31 janvier 2012, l'assuré a confirmé à la SUVA le maintien de son opposition à la décision du 10 novembre 2011. Il a indiqué être sous traitement médicamenteux et effectuer des séances de physiothérapie. Il a également fait état de sa volonté de reprendre son travail dans les meilleures conditions et le plus rapidement possible, mais pas au détriment de sa santé. Avant son accident, il n'avait jamais ressenti aucune douleur, ni eu aucun problème de santé.
21. Par courrier du 1<sup>er</sup> mars 2012, la SUVA a informé l'assuré qu'elle reprenait le versement de ses prestations dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011 et ce, jusqu'à nouvel avis.
22. Sur requête de la SUVA, le Dr V\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre-conseil auprès de cette dernière, a procédé à l'examen psychiatrique de l'assuré le 28 mars 2012. Dans son rapport du 29 mars 2012, il a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte.

Dans le cadre de l'appréciation du cas, il a constaté que depuis l'accident, l'évolution était clairement négative sur le plan de la symptomatologie douloureuse et de l'handicap généré, avec une claire chronicisation de la symptomatologie douloureuse qui, au point de départ cervical, s'était même étendue à l'hémicorps gauche. Il a relevé d'autres manifestations de type psychosomatique, comme des

vertiges, des tremblements ou encore des sensations de faiblesse passagère. Depuis son accident, l'assuré était convaincu que l'impact sur ses cervicales et sur sa tête "l'avait profondément modifié". C'est sur cette base que s'était développé un tableau dépressif et anxieux mis en évidence pour la première fois lors du séjour à la CRR. En parallèle à ces troubles, il avait déjà été constaté des troubles du comportement, avec une tendance à l'autolimitation. Le tableau clinique de l'assuré ne s'était guère modifié depuis, celui-ci demeurant déprimé et anxieux. Le trouble de l'humeur se caractérisait principalement par une inhibition, avec une asthénie marquée et une faiblesse. Il a observé un ralentissement psychomoteur, avec un mode de présent figé et aréactif, bien que l'assuré ait été capable de sourire à l'issue de l'examen. L'atteinte thymique était difficile à évaluer mais se situait entre un degré léger et moyen. L'anxiété se manifestait sous la forme de soucis concernant l'état de santé et le futur. Le Dr V\_\_\_\_\_ a été frappé par l'importance de la focalisation de l'assuré "sur les aspects négatifs avec un discours spontané qui tourne en boucle autour de sa problématique". Il avait par ailleurs adopté un comportement d'invalidé, ne faisant quasiment rien de son existence. Les traitements entrepris à ce jour n'avaient pas amené d'amélioration. Sur le plan du suivi psychiatrique, il était très peu probable que cela ait un impact sur une éventuelle amélioration symptomatique, l'assuré étant peu accessible à un travail psychothérapeutique.

Le Dr V\_\_\_\_\_ a considéré que l'incapacité de travail s'élevait à 50%, compte tenu de l'intensité de la symptomatologie psychique observée. Il a préconisé qu'il serait beaucoup plus productif et efficace de diriger l'assuré vers une reprise de son activité, sous la forme de stages ou de reprises thérapeutiques, dans la mesure où, pour tenter de débloquer la situation, il était nécessaire de passer à une forme d'exposition/remobilisation.

Le Dr V\_\_\_\_\_ a considéré que la causalité naturelle entre l'état de l'assuré et l'accident était probable.

Enfin, le pronostic a été évalué comme clairement négatif, le Dr V\_\_\_\_\_ se ralliant à la position des Dresses P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ de la CRR en ce qui concerne la focalisation extrême sur le symptôme, le comportement de "malade invalidé" et l'absence d'évolution positive (voire une péjoration), malgré huit mois de traitement bien conduit.

23. Par décision du 12 juillet 2012, la SUVA a supprimé au 31 juillet 2012 ses prestations. Elle a considéré que les troubles dont se plaignait l'assuré n'étaient plus suffisamment démontrables d'un point de vue organique. Elle a mis fin au versement des prestations, la causalité adéquate devant être niée. En l'absence de séquelle en lien de causalité adéquate avec l'accident, la SUVA n'était pas non plus en mesure d'allouer des prestations en espèces supplémentaires, telles qu'une rente d'invalidité et/ou une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a conseillé à l'assuré de s'adresser à son assureur-maladie pour les éventuels futurs traitements médicaux.

24. Le 27 juillet 2012, la Dresse A \_\_\_\_\_, psychiatre, a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 4 septembre 2012. Par la suite, elle a reconduit l'arrêt de travail à plusieurs reprises jusqu'au 30 novembre 2012.
25. Le 28 juillet 2012, l'assuré a formé opposition contre la décision du 12 juillet 2012 et conclu à son annulation. Il a rappelé être encore sous traitement physiothérapeutique et psychothérapeutique. Il souhaitait reprendre le travail lorsque son état de santé le lui permettrait, répétant qu'avant son accident, il n'avait jamais eu aucune douleur ni aucun problème de santé.
26. Par décision sur opposition du 21 août 2012, la SUVA a confirmé sa décision et maintenu sa position, considérant que l'accident n'avait causé aucune lésion physique structurelle et que l'état dégénératif présenté par le recourant n'avait pas été aggravé par l'accident. Le recourant avait bien été victime d'une distorsion cervicale par mécanisme de "coup du lapin" engendrant des plaintes perceptibles cliniquement mais sans substrat organique. Si une partie des plaintes de l'assuré appartenait effectivement à la symptomatologie typique d'un mécanisme de "coup du lapin", elles étaient d'une importance secondaire par rapport au trouble psychique présenté par l'assuré. Toutefois, aucun lien de causalité adéquate entre les troubles litigieux et l'accident ne pouvait être établi, les critères jurisprudentiels n'étant pas réalisés.
27. Par acte du 25 septembre 2012 adressé à la l'intimée, le recourant interjette recours contre cette décision, persistant dans les conclusions prises dans le cadre de son opposition. En substance, il estime que son état de santé est exclusivement dû à son accident du 6 août 2011. La SUVA a transmis ledit recours à la Cour de céans le 19 octobre 2012.
28. Par courriers du 22 octobre 2012, la Cour de céans a requis de l'intimée et du recourant qu'ils la renseignent sur la date de réception de la décision querellée. Le recourant était également invité à retourner son recours muni de sa signature, celle-ci faisant défaut. Un délai au 2 novembre 2012 a été imparti au recourant pour s'exécuter.
29. Le 31 octobre 2012, l'intimée a apporté la preuve que la décision sur opposition avait été reçue par le recourant à son domicile le 3 septembre 2012.
30. Par courrier du 9 novembre 2012, la Cour de céans a invité l'intimée à se prononcer sur la recevabilité du recours, le recourant ne s'étant à sa connaissance pas manifesté dans le délai imparti.
31. Par courrier du même jour, l'intimée a communiqué à la Cour de céans le courrier de l'assuré du 30 octobre 2012, par lequel il accusait réception du courrier du 22 octobre 2012 de la Cour de céans. Ce courrier contenait en outre le même texte que celui du recours du 25 septembre 2012, de même que sa signature.

32. Par acte du 19 novembre 2012, l'intimée conclut à la recevabilité du recours quant à la forme, et à son rejet quant au fond, renvoyant pour le surplus la Cour de céans à sa décision sur opposition dans la mesure où le recourant ne fait valoir aucun élément médical nouveau.
33. A la suite de quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition date du 21 août 2012 et a été reçue par le recourant le 3 septembre 2012. Le recours du 25 septembre 2012, non signé, a été adressé à l'intimée qui l'a transmis à la Cour de céans le 19 octobre 2012. Invité à retourner le recours dûment signé le 2 novembre 2012 au plus tard, le recourant s'est exécuté par courrier du 30 octobre 2012 à l'attention de l'intimée. Certes, le recourant n'a pas déposé son recours et son courrier du 30 octobre 2012 auprès de la Cour de céans. Toutefois, par application des art. 38 al. 1 et 2, 39 al. 1 et 2, et 60 al. 2 LPGA le délai de recours est réputé avoir été observé. En outre, l'acte de recours respecte la forme prescrite par la loi (art. 61 let. b LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles physiques et psychiques présentés par le recourant au-delà du 31 juillet 2012 sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 6 août 2011.
5. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1 ; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

b/aa) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b).

D'après le Tribunal fédéral, qui se fonde sur l'expérience médicale, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en

règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (SVR 2009 UV n° 1 p. 1 ; voir également les arrêts 8C\_314/2011 du 12 juillet 2011 consid. 7.2.3, 8C\_416/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.3 et 8C\_679/2010 du 10 novembre 2010 consid. 3.3). Il y a encore lieu de préciser que l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subi des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (ATFA non publié U 179/03 du 7 juillet 2004, consid. 4.4.2, RAMA n° U 363, p. 45, consid. 3a).

b/bb) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). 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 un période de latence (par ex., 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 - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin» - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75 ; ATFA non publié U 580/06 du 30 novembre 2007, consid. 4.1).

c/aa) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a). 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 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). En

présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27, consid. 2 et les références).

c/bb) Le caractère adéquat du lien de causalité en matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique dépend du degré de gravité de l'accident. La jurisprudence a classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 ; ATF non publié 8C\_257/2008 du 4 septembre 2008 ; SJ 2009 II 181, p. 191; et par analogie ATF 115 V 133 consid. 6 et ATF 115 V 407 consid. 5).

En présence d'un accident de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles et l'événement en cause doit être niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF non publié U 428/2006, consid. 4.2 ; ATF 117 V 359, consid. 6a ; ATF 115 V 133, consid. 6a).

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, l'existence d'une relation de causalité adéquate entre les troubles et cet événement doit être admise en principe (ATF 134 V 109 consid. 10.2).

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus (ATF 134 V 109 consid. 10.2). Le Tribunal fédéral a considéré que, lorsque l'effet des forces en présence n'était pas dérisoire, la gravité de l'accident devait être qualifiée moyenne et non de moyenne à la limite de grave (ATF non publié 8C\_316/2008 du 29 décembre 2008 et les références). De même, un accident impliquant une collision par l'arrière du véhicule de l'assuré qui a été projeté sur une distance de quinze mètres doit être considéré comme un accident de gravité moyenne (ATFA non publié U 142/05 du 6 avril 2006, consid. 4.2). Enfin, lorsqu'un véhicule est percuté par l'arrière par une autre voiture alors qu'il se trouve à l'arrêt sur la chaussée en présélection à gauche,

il s'agit d'un accident de gravité moyenne (ATFA non publié U 237/04 du 13 septembre 2005, consid. 4). Dans de tels cas, pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les troubles et l'événement, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même, mais appliquer par analogie les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique (ATF 117 V 359 consid. 5d/bb), avec quelques modifications, c'est-à-dire (ATF 134 V 109 consid. 10) :

- 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 ;
- et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

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 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

L'examen de ces critères est toutefois effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a, 123 V 98 consid. 2a p. 99; RAMA 2002 n. U 470 p. 531).

Toutefois, même en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, il conviendra d'appliquer, dans les cas d'accidents moyens, les sept critères tels que définis à l'ATF 115 V 133, en faisant abstraction du trouble psychique :

- si les symptômes (non psychiques) du tableau clinique sont réellement à l'arrière plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques ou

- si ces troubles psychiques apparaissent très tôt de manière prédominante, soit dans un délai maximum de six mois ou
  - si l'accident n'a fait que renforcer des troubles psychiques qui étaient déjà présents avant cet événement ou encore
  - lorsque les troubles psychiques constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante et non seulement l'un des éléments du tableau clinique type (ATF 123 V 128 consid. 2).
6. a) L'existence d'un traumatisme de type "coup du lapin" et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 359 consid. 4b).

Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4).

Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type «coup du lapin», l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau

clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5).

Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

b) 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 LPGA), 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).

En principe, lorsqu'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 permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Etant 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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

c) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

7. En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident de la route le 6 août 2011, ayant immédiatement entraîné des céphalées et des cervicalgies, ainsi qu'un état de confusion et de peur. Par la suite, le recourant a développé un trouble anxieux et dépressif mixte.

En substance, le recourant considère que son accident est en lien de causalité naturelle et adéquate avec les troubles, notamment les cervicalgies, dont il souffre encore aujourd'hui, ne les ayant jamais ressentis auparavant. L'intimée estime quant à elle que l'accident n'a occasionné aucune lésion structurelle traumatique, que les troubles présentés n'ont aucun substrat organique et qu'il n'existe aucun lien de causalité adéquate entre ceux-ci et l'accident du 6 août 2011.

a) A titre préliminaire, il convient de déterminer si l'accident a occasionné des lésions organiques au recourant.

Il n'est pas contesté que le recourant présente une pathologie au niveau de ses cervicales. En effet, l'IRM du 26 septembre 2011 réalisée par le Dr RIGAL met en lumière la présence de débords disco et ostéophytiques étagés de C4 à T1, prédominant en C5-C6 et C6-C7, le débord étant davantage prononcé à hauteur de C5-C6 en postéro-latéral gauche "entrant en contact avec le cordon". Les parties ne tirent toutefois pas de ces constatations les mêmes conclusions.

L'intimée suit les avis des Drs T\_\_\_\_\_ (rapport du 9 novembre 2011), Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ (rapport du 7 novembre 2011) qui ont considéré que le recourant présentait une pathologie dégénérative des cervicales antérieure à l'accident, l'entorse cervicale bénigne consécutive à celui-ci n'ayant aucunement causé ou modifié durablement cette pathologie.

Le recourant adopte quant à lui un raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*", s'appuyant sur les affirmations des Drs N\_\_\_\_\_ (certificat du 30 janvier 2012), U\_\_\_\_\_ (courrier du 29 novembre 2011) et O\_\_\_\_\_ (courrier du 9 décembre 2011), selon lesquelles, il n'avait jamais présenté de cervicalgies ou d'autres troubles avant l'accident du 6 août 2011, sans toutefois expliquer pourquoi les troubles seraient toujours dus à l'accident.

Or, à teneur de la jurisprudence précitée (voir supra consid. 5. b/aa), le fait que le recourant n'ait jamais présenté de cervicalgies ou d'autres troubles avant l'accident ne permet pas de retenir l'existence d'un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Les seuls troubles somatiques présentés par le recourant sont des débords disco et ostéophytiques, soit une pathologie dégénérative qui ne saurait trouver sa cause dans l'accident du 6 août 2011. D'ailleurs, aucun médecin ayant examiné le recourant n'a affirmé le contraire. En outre, ni l'IRM du 26 septembre 2011, ni aucun autre document médical ne démontre un tassement des vertèbres ou une aggravation des débords disco et ostéophytiques étagés en lien avec l'accident.

Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimée a considéré que l'accident du 6 août 2011 n'avait occasionné aucune lésion physique objectivable au recourant.

Dans ce contexte, la Cour de céans relève que le rapport du 7 novembre 2011 de la CRR cosigné par les Dresses P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ mentionne en ce qui

concerne cette dernière une spécialisation FHM en neurologie, ce qui est erroné. En effet, la Dresse Q\_\_\_\_\_ ne dispose pas du titre de "neurologue FMH", à teneur de la liste tenue par la Fédération suisse des médecins (ci-après FMH) et de la liste des médecins de la CRR, où elle apparaît en qualité de médecin praticien du service de réadaptation en neurologie et paraplégie. Indépendamment des compétences propres de la Dresse Q\_\_\_\_\_, le fait de mentionner un titre de spécialisation FMH qui n'a pas été délivré constitue, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, un motif d'ordre formel permettant de remettre en cause la valeur probante du rapport médical établi par ses soins (ATF non publié I 65/07, consid. 3)

Toutefois, cette irrégularité formelle est tempérée par plusieurs éléments : en effet, la Dresse Q\_\_\_\_\_ apparaît sur le rapport du 7 novembre 2011 de la CRR en tant que simple médecin associé, la réalisation dudit rapport ayant été confiée à la Dresse P\_\_\_\_\_ ; la Dresse Q\_\_\_\_\_, dans le cadre de l'examen neurologique du recourant dont elle avait la charge (rapport daté du 9 novembre 2011), n'a relevé aucune atteinte radiculaire ou centrale, ce qui a été confirmé par la Dresse O\_\_\_\_\_, neurologue du recourant et titulaire du titre de "neurologue FMH" (courrier du 9 décembre 2011) ; enfin, le rapport neurologique du 9 novembre 2011 de la Dresse Q\_\_\_\_\_ qui a permis d'établir le rapport pluridisciplinaire de la CRR ne fait aucune mention de la spécialisation FMH, ce qui laisse à penser que le titre indûment mentionné sur le rapport de la CRR est probablement dû à une erreur de plume.

En tout état de cause, la question de la valeur probante du rapport de la CRR peut rester ouverte en raison des développements qui suivent, notamment en ce qui concerne la causalité adéquate, pour laquelle ledit rapport ne joue aucun rôle.

b) Il ressort du dossier que le recourant a été victime d'un traumatisme de type "coup du lapin", ce que l'intimée admet par ailleurs. Il convient donc de déterminer si l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles somatiques et psychiques affectant le recourant peut être admise. A cet égard, on relèvera que la question de la causalité naturelle peut rester ouverte dans la mesure où tout lien de causalité adéquate doit être nié, sur la base des critères jurisprudentiels exposés précédemment (cf. supra consid. 5. c/bb)

b/bb) Tout d'abord, il convient de qualifier le degré de gravité de l'accident subi par le recourant.

Rappelons que le 6 août 2011, le recourant a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'il ralentissait en raison du trafic à une vitesse estimée par ses soins à quinze ou vingt kilomètres à l'heure, le véhicule du recourant a été percuté par l'arrière par un autre véhicule.

Compte tenu du fait qu'à teneur de la jurisprudence du Tribunal fédéral, un accident impliquant une collision par l'arrière du véhicule de l'intéressé doit être qualifiée de

gravité moyenne, que le recourant n'a pas eu besoin d'une consultation médicale immédiatement, s'étant rendu à l'hôpital le lendemain de l'accident, qu'il a été en mesure de participer à l'établissement du constat d'accident avec l'autre automobiliste, que sa femme et ses trois enfants n'ont subi aucune lésion ni aucun traumatisme, il convient de qualifier la gravité de l'accident du 6 août 2011 de moyenne, à la limite de légère.

En application des critères établis par la jurisprudence, le lien de causalité adéquate entre les troubles du recourant et l'accident ne saurait être admis en l'espèce. En effet, cet accident ne présente pas un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. Les troubles affectant le recourant ne présentent ni une gravité ni une nature particulière, étant précisé que le diagnostic somatique retenu est une entorse cervicale bénigne n'ayant occasionné aucune lésion organique objectivable. La durée du traitement du recourant est dans la norme pour un cas de "coup du lapin" (SJ 2009 II 181, p. 193 et les références citées), le traitement tant physiothérapeutique que psychothérapeutique suivi ne revêtant en aucun cas un caractère spécifique ou pénible. Aucune difficulté, complication ou erreur médicale entraînant une aggravation notable du traitement et des séquelles de l'accident n'est survenue lors du traitement médical.

Quant au critère de la durée et du degré de l'incapacité de travail, il n'est pas non plus réalisé, bien que le recourant soit en arrêt total de travail depuis plus d'un an et 8 mois. En effet, aucun élément du dossier ne permet de constater un effort de réintégration du monde du travail de la part du recourant, ce dernier se contentant d'affirmer souhaiter reprendre son activité professionnelle une fois que son état de santé le lui permettra. A ce propos, la Cour de céans rappellera que le Dr V\_\_\_\_\_ a considéré que la reprise, au moins partielle de son activité professionnelle par le recourant, lui permettrait probablement d'améliorer son état psychiatrique.

Les douleurs ressenties par le recourant ne se sont certes pas interrompues depuis l'accident, ayant même depuis acquis un caractère chronique. Ce seul critère ne permet toutefois pas, à lui seul et en l'absence de tout indice d'une intensité particulière, de retenir l'existence d'un lien de causalité adéquate, l'accident entrant dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite de légère.

Quant bien même il faudrait considérer, comme le fait l'intimée, que les symptômes somatiques présentés par le recourant sont relégués en arrière plan par rapport à l'importance de son trouble anxieux et dépressif mixte, force est de constater que la causalité adéquate entre ces troubles psychiatriques et l'accident fait également défaut, compte tenu de la catégorie de gravité de l'accident et du fait qu'aucun des sept critères énoncés par la jurisprudence n'est rempli.

Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimée a mis fin au versement des prestations au recourant à partir du 31 juillet 2012, le lien de causalité adéquate entre les troubles du recourant et l'accident du 6 août 2011 faisant défaut.

La Cour de céans précise encore que si elle nie l'existence d'une lésion organique objectivable occasionnée par l'accident du 6 août 2011 et l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'état de santé du recourant et ledit accident, elle ne remet pas en question l'existence d'une atteinte à la santé, par ailleurs confirmée par les rapports de la CRR et du Dr V\_\_\_\_\_, notamment. Elle a uniquement considéré que les troubles dont souffrait le recourant n'étaient plus consécutifs à l'événement assuré et qu'ils relevaient d'une maladie qui n'était pas à la charge de l'intimée en sa qualité d'assureur-accidents. Il appartiendra au recourant de faire valoir ses prétentions auprès des assurances et autorités compétentes.

8. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.
9. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE 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 GALEAZZI

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