

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 octobre 2009

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Rossier et M. Perdrix, assesseurs
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

* * * * *

Cause pendante entre :

A.R. _____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Pierre Seidler, à Delémont,

et

LA MOBILIÈRE SUISSE, SOCIÉTÉ D'ASSURANCES, à Berne, intimée, représentée par Me Bernard Geller, à Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. A.R._____, né en 1968, boulanger indépendant, est assuré auprès de La Mobilière Suisse, Société d'assurances (ci-après : La Mobilière) contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 7 janvier 2004, alors qu'il se trouvait à l'arrêt à un feu rouge dans une file de voitures, il a été embouti par l'arrière par un autre véhicule. L'assuré a annoncé son accident à La Mobilière le 8 janvier 2004, en précisant qu'il avait été blessé au dos, à la jambe droite et au bassin. Il a en outre déclaré qu'il avait pu se préparer au choc, ayant vu arriver le véhicule derrière lui. Le dommage effectif s'est monté à 4'000 francs.

Le lendemain de l'accident, l'assuré s'est rendu au Centre hospitalier [...] pour procéder à des examens, en raison de douleurs dorsales et à la jambe droite. A cette occasion, le Dr P._____ a diagnostiqué des lombosciatalgies post-traumatiques avec déficit sensitif L4-L5 à droite, sans fracture ni luxation visible, et prescrit un traitement antalgique. Il signalait en outre que l'intéressé ne portait pas sa ceinture de sécurité au moment des faits et que l'incapacité de travail était totale jusqu'au 13 janvier 2004.

Le 11 mai 2004, le Dr W._____ du Centre thermal [...] a retenu le diagnostic de status après whiplash et observé une évolution très discrètement favorable suite à une prise en charge intensive en rééducation. Il relevait que l'assuré se plaignait essentiellement de céphalées, de vertiges et de cervicalgies, qui l'empêchaient de reprendre le travail, malgré un status locomoteur relativement rassurant. Il suggérait dès lors une hospitalisation à but d'évaluation, relevant qu'il existait une discordance entre le status ostéoarticulaire et neurologique, dans les limites de la norme, et l'importance des plaintes de l'intéressé.

Dans un rapport du 31 mai 2004, le Dr N._____, neurologue, a posé le diagnostic de status après traumatisme d'accélération cranio-cervicale. Il constatait que les plaintes émises par l'assuré consistaient en

une cervicalgie importante et une douleur plus modérée au pli inguinal droit et dans la région lombaire, ainsi qu'en des nausées, des vertiges, de la fatigue, des troubles de la mémoire et de la concentration, de brèves et violentes céphalées en étai et des flashes dans la tête. Le Dr N. _____ notait que l'examen neurologique ne montrait qu'un syndrome cervical modéré sans aucun signe de myélopathie ou de radioculopathie cervicale et qu'une IRM pratiquée le 18 mai 2004 n'avait révélé aucune lésion traumatique. Il émettait toutefois un pronostic défavorable, compte tenu de l'intensité et de la multiplicité des symptômes subjectifs, et préconisait un traitement antidépresseur, voire une évaluation psychiatrique en cas de persistance des troubles subjectifs.

Le 22 juin 2004, l'assuré a confirmé avoir vu venir le véhicule dans son rétroviseur, indiquant qu'il s'était crispé et avait actionné le frein à main aussi fort que possible pour ne pas emboutir les véhicules le précédant. Il affirmait que sa tête n'avait pas heurté le pare-brise, mais ne parvenait pas à se souvenir si elle avait cogné ou non l'appuie-tête. Il précisait en outre que l'airbag ne s'était pas déclenché et qu'il avait sa ceinture de sécurité attachée.

Malgré les différentes thérapies entreprises et un séjour stationnaire à la clinique Z. _____ à Rheinfelden du 14 septembre au 12 octobre 2004, l'évolution du cas s'est révélée défavorable, l'assuré n'ayant pas repris le travail.

Lors d'un entretien avec l'intéressé du 13 janvier 2005, ce dernier a déclaré à La Mobilière que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis l'accident et qu'il avait en particulier toujours des douleurs aux épaules, au bas du dos et à la nuque, ainsi que des maux de tête, qui l'empêchaient de travailler. Il affirmait qu'il n'arrivait plus à réfléchir et à se concentrer et qu'il ne pouvait plus jouer avec ses enfants ou s'occuper de sa famille. Il était toujours en incapacité totale de travail, pour une durée indéterminée.

Le 17 janvier 2005, le Dr B._____, psychiatre, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites. Il constatait l'absence de trouble de la personnalité et de pathologie psychiatrique floride et relevait que, l'assuré ne souhaitant pas bénéficier d'une prise en charge sur le plan psychiatrique, un tel suivi ne se justifiait pas. Le 17 septembre 2005, le Dr B._____ a confirmé cette appréciation.

Le Dr C._____, médecin traitant de l'assuré, a posé, dans un rapport du 14 février 2005, les diagnostics principaux de status après traumatisme d'accélération cranio-cervicale avec distorsion de la colonne cervicale (syndrome douloureux cranio-cervical ; troubles neuropsychologiques et végétatifs), de troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites et de lombosciatalgies droites. Le rapport faisait état de vertiges avec nausées, de céphalées, de troubles de la mémoire et de la concentration, de douleurs à la nuque, à la tête et aux épaules, ainsi qu'à la hanche droite à la marche, d'un manque de force dans les bras et d'une grande fatigabilité. Le pronostic émis était dès lors mauvais, en raison de l'absence d'amélioration malgré les différents traitements entrepris, en particulier de la persistance de la symptomatologie douloureuse, et des troubles neuropsychologiques treize mois après l'accident, qui empêchaient l'intéressé d'exécuter les tâches les plus simples.

La mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire a été confiée par La Mobilière et l'assurance-invalidité au Centre X._____, à Genolier. Dans leur rapport d'expertise du 11 novembre 2005, les Drs [...], neurologue, et [...], psychiatre, ainsi que le neuropsychologue [...] ont conclu que l'assuré avait très vraisemblablement été victime d'une distorsion cervicale simple de degré I à II selon la Québec Task Force. Ils relevaient que ni l'anamnèse, ni les examens clinique et radiologiques ne permettaient d'évoquer une atteinte structurelle majeure du système nerveux et locomoteur et qu'il n'y avait notamment pas d'élément évoquant un traumatisme cranio-cérébral ou une atteinte médullaire ou radiculaire significative. Ils indiquaient en outre ce qui suit :

« Dans les suites de l'événement accidentel, Monsieur A.R. _____ a développé un tableau typique d'un syndrome après distorsion cervicale. Si un an et demi après l'événement accidentel on peut admettre la persistance de quelques cervico-céphalalgies, sensations vertigineuses et difficultés de concentration en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel, l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail ne trouvent pas d'explication claire dans les seules suites de l'événement accidentel et il faut évoquer des facteurs étrangers à l'événement accidentel jouant un rôle significatif dans l'évolution du cas.

En l'absence de toute pathologie préalable à l'événement accidentel, on doit donc évoquer la possibilité de facteurs de personnalité et socioprofessionnels à l'origine de la dissociation entre l'importance des plaintes ainsi que de leur répercussion sur la capacité de travail d'une part et la discrétion de l'événement accidentel d'autre part. Tout comme les examinateurs préalables, nous pensons qu'il existe chez ce patient des éléments de surcharge volontaires ou involontaires expliquant la dissociation entre le caractère objectivement mineur du traumatisme d'une part et l'importance des troubles d'autre part. Va également dans ce sens l'aspect un peu particulier des troubles neuropsychologiques, l'absence d'anomalies au bilan radiologique et le résultat du bilan psychiatrique.

En conséquence de ce qui précède, nous admettrons comme étant encore en relation de causalité potentielle avec l'événement accidentel la persistance de quelques rachialgies et céphalées ainsi que de quelques troubles neuropsychologiques. Par contre, l'importance actuelle des troubles et l'incapacité de travail ne peuvent plus être considérés comme en relation de causalité probable ou certaine avec l'événement accidentel.

S'agissant de la capacité de travail, nous pensons que l'incapacité de travail en relation avec l'événement accidentel a cessé au terme d'une période de 6 mois après l'accident.

Du point de vue thérapeutique, moins de 2 ans après l'événement accidentel, nous pensons que le traitement actuellement en cours est encore à la charge de l'assureur accident pour une période allant jusqu'à 2 ans après l'accident ».

Interrogée le 23 mars 2006 par La Mobilière, la conductrice responsable de l'accident a déclaré avoir été distraite le jour en question et qu'ayant aperçu trop tard la file de voitures devant elle, elle avait immédiatement freiné, mais n'avait pu éviter la collision avec le véhicule de l'assuré à une vitesse de 40km/h environ ; elle n'avait personnellement pas senti le choc. Aucun d'eux n'étant blessé, ils avaient rempli le constat à l'amiable dans un café, la police ayant renoncé à faire un rapport. Elle ajoutait avoir téléphoné le lendemain à l'intéressé, qui s'était plaint de douleurs au bas du dos et d'avoir mal dormi, et que lors d'un contact ultérieur, il s'était montré désagréable.

Par décision du 31 mars 2006, La Mobilière a mis un terme au versement des indemnités journalières au 31 octobre 2005 et à la prise en charge des frais médicaux au 31 janvier 2006, considérant que les troubles dont souffrait l'assuré n'étaient plus en relation de causalité adéquate avec l'accident du 7 janvier 2004, qu'elle qualifiait d'insignifiant.

L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 26 avril 2006, faisant valoir en substance que l'événement accidentel du 7 janvier 2004 était de gravité moyenne et qu'au vu de la jurisprudence, il y avait lieu de reconnaître l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident et les atteintes à sa santé.

Par décision sur opposition du 7 septembre 2006, La Mobilière a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 31 mars précédent, précisant que quand bien même l'accident était qualifié de gravité moyenne, à la limite du cas de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet accident et les troubles persistants à la santé devait être niée.

B. A.R. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès du Tribunal des assurances le 11 décembre 2006, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au versement par La Mobilière des prestations d'assurance en rapport avec l'accident du 7 janvier 2004, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. Il conteste les conclusions de l'expertise du Centre X. _____, qu'il estime erronées et insoutenables, et se prévaut notamment d'un courrier du Dr F. _____, neurologue, du 20 novembre 2006, selon lequel une relation de causalité avec l'accident « est hautement vraisemblable, pour une partie du moins, sinon la totalité des troubles, et donc de l'incapacité de travail ». Le recourant soutient en outre que l'accident qu'il a subi est de gravité moyenne et que compte tenu de la persistance des douleurs, de l'incapacité de travail en découlant et de la durée anormalement longue du traitement médical, il y a lieu de reconnaître, au niveau de la vraisemblance prépondérante, que les

troubles qu'il présente sont bel et bien en rapport de causalité adéquate avec l'accident.

Dans sa réponse du 16 février 2007, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle allègue que le rapport d'expertise du Centre X. _____ a pleine valeur probante et que les séquelles physiques de l'accident doivent être reléguées au second plan, en raison de la présence d'un problème de nature psychique prédominant. Elle reconnaît que l'accident du 7 janvier 2004 est de gravité moyenne, à la limite des cas de peu de gravité, étant toutefois d'avis qu'au vu de la jurisprudence et des circonstances, le lien de causalité adéquate entre les troubles actuels de l'intéressé et l'accident ne peut être admis.

Dans sa réplique du 15 mai 2007, le recourant a maintenu ses conclusions, affirmant souffrir des conséquences d'un « coup du lapin » et non de quelque affection psychopathologique. Il a produit notamment un certificat du 4 avril 2007 démontrant qu'il suit un traitement physiothérapeutique depuis le 23 février 2007, une lettre du Dr C. _____ du 10 mai 2007 attestant une aggravation de la symptomatologie douloureuse, ainsi qu'un rapport du Dr F. _____ du 3 mai 2007, selon lequel « une relation de causalité naturelle entre l'état actuel et le traumatisme initial apparaît comme étant au moins probable, du fait de l'installation des troubles immédiatement après ce traumatisme et de l'absence de discontinuité depuis lors ». Le recourant a en outre requis l'audition de son épouse.

Dans sa duplique du 28 juin 2007, l'intimée a maintenu sa position. Elle a produit, le 5 décembre 2007, une décision sur opposition de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud datée du 27 novembre précédent, niant le droit de l'assuré aux prestations sur la base de l'expertise du Centre X. _____.

Le 25 février 2008, le recourant a produit un rapport et un dossier d'imagerie établis à sa demande le 6 février 2008 par le Dr K. _____ du Centre hospitalier [...], à Paris, qui a décelé des lésions

cérébrales post-traumatiques. Invitée à se déterminer à cet égard, l'intimée a contesté ce rapport, faisant valoir qu'il a été réalisé de manière totalement unilatérale, sans qu'elle ait eu la possibilité d'y prendre part, et qu'il n'établisse nullement l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les lésions signalées.

Dans leur échange d'écritures ultérieur, les parties ont maintenu leur position.

C. A la demande du recourant, une audience de jugement s'est tenue le 6 octobre 2009, au cours de laquelle B.R._____, son épouse, a été auditionnée. Il ressort en substance du témoignage de cette dernière que son mari était en bonne santé avant l'accident et que « tout a basculé » depuis lors, l'intéressé n'étant plus à même d'assumer sa vie de couple et de famille. Le recourant a en outre produit de nouvelles pièces, à savoir notamment une attestation du 25 septembre 2009, selon laquelle il a suivi plusieurs séances de chiropraxie à compter du 7 décembre 2004, ainsi qu'un rapport d'IRM cérébrale daté du 23 décembre 2008, mettant en évidence « trois lésions situées dans l'axe blanc fronto-basal et temporal gauche, compatibles avec des séquelles hémorragiques de lésions axonales post traumatiques » et divers extraits de doctrine médicale.

En droit :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trois mois dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 106 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20], dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006, qui déroge à l'art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Est litigieuse en l'espèce la question du maintien du versement des indemnités journalières au-delà du 31 octobre 2005 et de la prise en charge des frais médicaux au-delà du 31 janvier 2006, singulièrement celle de savoir si les troubles dont se plaint le recourant sont encore en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 7 janvier 2004.

3. a) De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu ultérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit toutefois être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_931/2008 du 8 mai 2009, consid. 4.3).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le

dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1).

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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). 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. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin » (Schleudertrauma) 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 tels 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.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.2 ; TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.2).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2). En cas d'atteinte à la santé physique, ce rapport de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la

victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement, à savoir les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il y a lieu 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 de gravité moyenne, il convient de prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il n'est pas nécessaire que tous ces critères soient 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, 403 consid. 5c/aa).

d) En cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-

cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique. 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 123 V 98 consid. 2a ; ATF 117 V 359 consid. 6a et les références). Par ailleurs, le Tribunal fédéral a précisé que le critère faisant référence au traitement médical était rempli en cas de traitement prolongé spécifique et pénible, que les douleurs prises en considération devaient revêtir une certaine intensité et que l'incapacité de travail devait être importante, en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 10 ; TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 3).

e) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Il faut en outre tenir compte du fait que 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. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2).

4. a) En l'espèce, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles dont se plaint le recourant et l'accident du 7 janvier 2004 doit être admise, dans la mesure où elle ressort clairement des différents rapports médicaux versés au dossier et n'est au demeurant pas contestée par l'intimée.

b) S'agissant de l'examen de la causalité adéquate, il résulte du dossier médical que les troubles physiques typiques du coup du lapin n'ont été ressentis par le recourant que pendant les premiers mois postérieurs à l'accident. Par la suite, l'évolution de son état de santé a été caractérisée par l'apparition, puis par l'importance croissante de facteurs psychiques ou psychosociaux. Rapidement, une discordance a été constatée par les médecins intervenants entre les observations médicales et l'étendue des plaintes émises par l'intéressé, de sorte qu'une prise en charge sur le plan psychologique a été préconisée. Tel a notamment été le cas des Drs W._____ et N._____, des médecins de la clinique Z._____ (cf. rapport du 7 décembre 2004) et du Dr C._____. De même, le Dr B._____ a diagnostiqué, le 17 janvier 2005, un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites. Quant aux principaux troubles évoqués par le Dr F._____, ils revêtent des teintes dépressives plus ou moins graves ou caractérisés, qui sont l'expression d'un mal-être psychologique et non pas d'un tableau clinique typique du coup du lapin. Enfin, les experts du Centre X._____ constatent, au terme de leur analyse approfondie, que l'importance des plaintes et leur répercussion sur la capacité de travail ne trouvent pas d'explication dans le caractère modeste de l'événement accidentel, les conséquences de celui-ci étant majorées par des facteurs psychiques, psychologiques et socioprofessionnels. Ce rapport d'expertise pluridisciplinaire, établi par différents spécialistes, qui contient une anamnèse détaillée, prend en compte tant les avis médicaux antérieurs que les plaintes de l'assuré, procède à un examen approfondi du cas et dont les conclusions sont claires et dûment motivées, répond parfaitement

aux exigences jurisprudentielles exposées ci-dessus, de sorte qu'il convient de lui reconnaître pleine valeur probante (cf. supra, consid. 3e).

On retient notamment de cette expertise que si le recourant a développé un tableau typique d'un syndrome après distorsion cervicale dans les suites de l'événement accidentel, il ne subsiste toutefois, un an et demi après celui-ci, que quelques cervico-céphalalgies, sensations vertigineuses et difficultés de concentration en relation de causalité naturelle avec l'accident. L'ampleur actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail ne trouvent pas d'explication claire, aux yeux des experts, dans les seules suites de l'événement accidentel, des facteurs étrangers jouant un rôle significatif dans l'évolution du cas. La dissociation entre le caractère objectivement mineur et discret du traumatisme, qui, selon les constatations du Dr P._____, n'a provoqué que des lombosciatalgies avec déficit sensitif L4-L5 à droite, et l'étendue des troubles, ainsi que la discordance constatée par le Dr W._____ entre le status ostéoarticulaire et neurologique et les plaintes de l'intéressé rejoignent les constatations des experts du Centre X._____ quant à l'aspect un peu particulier des troubles neuropsychologiques, sans anomalie au bilan radiologique, et au résultat du bilan psychiatrique, qui plaident en faveur de l'existence d'éléments de surcharge volontaires ou involontaires. Ainsi, nonobstant la persistance de quelques troubles organiques en relation de causalité potentielle avec l'accident, à savoir quelques rachialgies et céphalées, ainsi que quelques troubles neuropsychologiques, ceux-ci sont relégués au second plan en raison de l'imposante surcharge psychogène, qui détermine l'étendue actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail. Les conséquences de l'événement accidentel mineur ont donc été majorées par des facteurs psychiques étrangers à l'accident, comme des facteurs de personnalité psychologique sans psychopathologie au sens strict, qui ne limitent toutefois pas la capacité de travail, ni sur le plan physique, ni sur le plan psychique.

Le dossier d'imagerie du Dr K._____ produit par le recourant ne permet pas de modifier cette appréciation, dans la mesure où, ainsi

que l'a relevé à juste titre l'intimée lors de l'audience de jugement du 6 octobre 2009, cette dernière n'a pas eu la possibilité d'y prendre part, l'intéressé ayant procédé de manière unilatérale. Par ailleurs, il ne s'agit pas d'une méthode diagnostique médicale largement admises par les praticiens, telle qu'exigée par la jurisprudence (cf. ATF 134 V 231), de sorte qu'elle ne saurait mettre en doute les conclusions étayées et convaincantes de l'expertise du Centre X._____. En outre, ce rapport, établi quatre ans après l'accident, ne démontre pas que les troubles constatés constituent nécessairement la conséquence l'événement accidentel, ce d'autant moins qu'une IRM cérébrale avait déjà été pratiquée en mai 2004 et n'avait décelé aucune anomalie. Cette même critique peut être émise à l'égard du rapport d'IRM du 23 décembre 2008, qui ne fait état que de lésions cervicales « compatibles » avec des séquelles hémorragiques. Enfin, le rapport du Dr F._____ du 3 mai 2007 dont se prévaut le recourant ne lui est pas davantage profitable, dans la mesure où le neurologue précise bien qu'il se « limite à discuter de la causalité naturelle et non pas de la causalité adéquate qui est du ressort des juristes ».

A la lecture de ces rapports, force est donc de constater que ce qui caractérise l'évolution de l'état de santé du recourant depuis la survenance de l'accident jusqu'à la date de la décision litigieuse est l'apparition et l'influence de plus en plus marquée d'éléments de surcharge psychogène, l'intensité et la multiplicité des symptômes subjectifs (cf. rapport du Dr N._____ du 31 mai 2004), nécessitant une évaluation psychiatrique que l'intéressé a toutefois refusée, alors que le status locomoteur, ostéoarticulaire et neurologique était qualifié de rassurant en mai 2004 déjà par le Dr W._____ et dont la genèse s'explique principalement par des facteurs indépendants à l'accident.

Etant donné qu'il s'agit de se prononcer sur l'obligation de l'intimée de prendre en charge, au-delà du 31 octobre 2005 et du 31 janvier 2006, les troubles persistant décrits ci-dessus, il convient donc de faire application de la jurisprudence relative aux troubles du développement psychique.

c) En l'occurrence, l'accident du 7 janvier 2004 doit à l'évidence être classé parmi les accidents de gravité moyenne, voire inférieure, conformément à la jurisprudence (cf. notamment TFA U 201/02 du 30 novembre 2004, consid. 3.3.2 ; TFA U 34/02 du 12 juillet 2002, consid. 4 ; TFA U 61/00 du 6 février 2002, consid. 3a). En effet, il n'y a pas eu de caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ni de circonstances particulièrement dramatiques. La police ayant renoncé à établir un rapport, un constat à l'amiable a été dressé. Le recourant a par ailleurs vu l'accident survenir et a pu s'y préparer. Il n'a pas heurté le pare-brise et l'airbag ne s'est pas déclenché ; il n'a pas été hospitalisé. Il n'a consulté le Dr P. _____ que le lendemain pour examen, se plaignant de douleurs dorsales et à la jambe droite. Quant à l'atteinte subie, soit une distorsion cervicale simple de degré I à II selon la Québec Task Force et un syndrome après distorsion cervicale, elle ne saurait être qualifiée d'atteinte grave à la santé. Elle n'a d'ailleurs pas entraîné d'anomalie neurologique ou d'atteinte ostéoarticulaire.

S'agissant des autres critères concomitants, on ne saurait parler de durée anormalement longue du traitement médical induit par les seuls troubles physiques au sens de la jurisprudence, dans la mesure où le Tribunal fédéral admet qu'un traitement médical s'étendant sur deux à trois ans doit être considéré comme normal pour le type de traumatisme subi dans un accident semblable au cas présent (cf. TFA U 201/02 du 30 novembre 2004, consid. 3.3.2). En l'espèce, à la date de la décision rendue un peu plus de deux ans après l'accident, le recourant ne suivait que quelques séances de chiropraxie depuis le début de l'année 2005, aucun autre traitement n'ayant alors été entrepris. Les dernières pièces produites par l'intéressé indiquent qu'il suit désormais un traitement de physiothérapie depuis le 23 février 2007, ce fait ne modifiant toutefois pas l'appréciation quant au critère de la durée du traitement médical, qui n'est donc pas réalisé.

Il n'y a pas non plus eu d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, ni de

difficultés apparues au cours de la guérison ou des complications importantes. Le recourant ne le soutient d'ailleurs pas. Quant aux deux derniers critères, celui de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'est pas rempli, la capacité de travail ayant été recouvrée au terme d'une période de six mois après l'accident, selon le rapport d'expertise du Centre X._____. Enfin, s'agissant des douleurs physiques persistantes, ce critère ne saurait être suffisant à lui seul pour admettre la causalité adéquate. Il ne peut au demeurant pas être considéré comme réalisé à un degré d'intensité suffisant tel qu'exigé par la jurisprudence, dès lors qu'il ressort clairement des rapports médicaux qu'il existe une discordance importante entre les plaintes exprimées et les données objectives constatées.

Cela étant, la causalité adéquate n'étant pas donnée, c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations. Le recours se révèle donc mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

5. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite, ni d'allouer de dépens (art. 61 let. a et g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 7 septembre 2006 par La Mobilière Suisse, Société d'assurances, est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Pierre Seidler, avocat (pour A.R. _____)
- Me Bernard Geller, avocat (pour La Mobilière Suisse, Société d'assurances)
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :