

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 février 2010

---

Présidence de Mme THALMANN  
Juges : Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre  
Greffier : M. Laurent

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Louis Duc, à Lausanne,

et

**X.** \_\_\_\_\_ **SA**, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 56 al. 1 LPGA; 18 al. 1, 24 al. 1, 25 al. 1 LAA; 36 al. 1, 2, 4  
OLAA; 93 al. 1 let. a, 117 al. 1 LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A.** G.\_\_\_\_\_, né le 26 octobre 1982, a une formation de stagiaire éducateur. Le 1<sup>er</sup> août 2003, il a été engagé par la Fondation T.\_\_\_\_\_. Son lieu de travail habituel était l'école de la rue des [...], à [...].

Le 19 août 2004, G.\_\_\_\_\_ a été victime d'un accident, lorsque la voiture dans laquelle il avait pris place comme passager est sortie de la route et a effectué plusieurs tonneaux. G.\_\_\_\_\_ a été admis aux Urgences du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (ci-après : CHUV). Un examen thoraco-abdominal par CT-Scan a été effectué par le Service de diagnostic et radiologie interventionnelle qui a conclu à une fracture de la lame, de l'apophyse transverse et du massif articulaire de C7 gauche avec antélisthesis de premier degré C6 et C7. Il n'y avait pas d'autre lésion traumatique. G.\_\_\_\_\_ est sorti de l'hôpital le 23 août 2004.

Dans un rapport du 24 août 2004 au Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, le Département de neurochirurgie du CHUV et de l'HCUG a posé le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral simple avec fracture de l'apophyse transverse et articulaire de C7 à D, antélisthesis de grade I de C6/C7 de 2 mm et contusion pulmonaire apicale gauche. Lors de sa sortie, le 23 août 2004, G.\_\_\_\_\_ présentait un status neurologique dans les limites de la norme. Il se trouvait en incapacité de travail complète depuis le 19 août 2004, pour une durée indéterminée.

Par déclaration d'accident LAA du 7 septembre 2004, la Fondation T.\_\_\_\_\_ a annoncé le sinistre dont son employé avait été victime à son assurance accidents, la P.\_\_\_\_\_. Celle-ci avait pour partenaire X.\_\_\_\_\_ SA pour les prestations de longue durée de la LAA.

Une IRM de la colonne cervicale a été effectuée, le 7 septembre 2004, par le Service de diagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, qui a conclu à une fracture de la base de l'apophyse transverse gauche de la vertèbre C7 intéressant également la

lame. Il a exclu une luxation ou une surluxation articulaire. Le service précité a constaté des signes indirects de luxation du ligament inter-épineux en regard de C7, qui se traduisaient par un œdème entourant l'apophyse épineuse.

G. \_\_\_\_\_ a été opéré par les Drs Q. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, du Service de neurochirurgie du CHUV, le 5 novembre 2004. Ils ont procédé à une fixation C6-D1 au moyen de vis dans la masse latérale de C6, vis pédiculaire D1 et tige système NEON par abord postérieur pour instabilité C6-C7 sur fracture facettaire pédiculaire C7 gauche.

L'assuré a été reçu à la consultation ambulatoire du Service universitaire de neurochirurgie du CHUV les 23 décembre 2004 et 3 mars 2005.

Dans un rapport médical du 30 juin 2005, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin-chef de l'Association médicale U. \_\_\_\_\_, à [...], a diagnostiqué un status après fracture C7 traitée par fixation C6-D1. Il a relevé une persistance de douleurs de caractère mécanique qui avaient conduit l'assuré à le consulter. Lors de la consultation initiale, le Dr H. \_\_\_\_\_ avait relevé de discrètes contractures de la musculature para-cervicale et des trapèzes, ainsi que l'existence de zones de dysfonctions inter-vertébrales mineures. La mobilité rachidienne était discrètement réduite, en particulier en inclinaison à 30° des deux côtés. Le status neurologique était dans les limites de la norme. Le traitement consistait en des séances de physiothérapie et il était prévu de l'interrompre à l'issue de la prise en charge par le Dr H. \_\_\_\_\_. Celui-ci n'excluait toutefois pas, pour le futur, une recrudescence de douleurs pouvant impliquer la nécessité d'une nouvelle prise en charge. Selon le médecin, des douleurs séquellaires n'étaient pas exclues à long terme, de même qu'une éventuelle décompensation de type dégénératif autour de la spondylodèse. Si G. \_\_\_\_\_ était sans activité professionnelle fixe à l'époque, la reprise théorique d'un travail à plein temps a été fixée au 1<sup>er</sup> mai 2005, dans une activité adaptée permettant les mesures habituelles d'épargne rachidienne.

Un CT-Scan de la colonne cervicale a été effectué, puis un rapport établi le 29 septembre 2009. Le Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV a constaté un status post spondylodèse C6-D1 et la persistance d'un discret antélisthésis du corps vertébral C6 sur C7 de grade I, soit 4 mm. Il n'y avait pas de signe de résorption osseuse au pourtour du matériel de la fixation.

Par lettre du 23 novembre 2005, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a répondu aux questions que lui avait adressées la P.\_\_\_\_\_. Il a relevé que G.\_\_\_\_\_ se plaignait d'une douleur minime au niveau de la nuque et qu'il existait, objectivement, une très discrète faiblesse au niveau du triceps gauche, avec une atrophie importante des muscles cervicaux paraspinaux. La colonne était stable. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait conseillé à l'assuré de faire plusieurs séances de physiothérapie pour regagner de la force et de la mobilité dans les muscles touchés. Selon ce médecin, le pronostic était excellent, mais il existait le risque d'une faiblesse permanente au niveau du triceps gauche. La dernière consultation avait eu lieu le 3 mars 2005 et un rendez-vous était prévu pour la fin de l'année en cours.

Le 5 décembre 2005, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès de X.\_\_\_\_\_ SA a estimé qu'il existait un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 5 à 10 % maximum. Il a relevé que si une arthrose secondaire ou sous-jacente devait apparaître, ce taux pourrait alors être augmenté. Une telle évolution n'était toutefois pas prévisible à cette époque. Selon le Dr F.\_\_\_\_\_, aucune incapacité de travail partielle définitive n'était à prévoir.

Le dossier a de nouveau été soumis au Dr F.\_\_\_\_\_ le 10 avril 2006. Ce médecin a considéré que l'état de santé de l'assuré était plus ou moins stabilisé et que, compte tenu de quelques petites séquelles, un taux d'IPAI de 5 % restait valable.

Le 14 août 2006, le Dr F.\_\_\_\_\_ a réexaminé le dossier concernant G.\_\_\_\_\_ et relevé que celui-ci ne suivait pas de traitement médical nouveau. Ce médecin a retenu, sur la base des documents

médicaux et de la table de la SUVA, un taux de 5 % pour des douleurs diminuant ou disparaissant au repos. Il a considéré qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré n'était pas prévisible en l'état.

**B.** Par décision du 22 août 2006, notifiée à nouveau le 14 septembre suivant, X. \_\_\_\_\_ SA a octroyé à G. \_\_\_\_\_ une IPAI de 5'340 fr., fondée sur un taux de 5 % et un gain annuel maximum de 106'800 francs. Elle a pour le surplus nié l'existence d'un droit à une rente d'invalidité. L'assurance a retenu le diagnostic principal de fracture du massif articulaire C7 gauche. Elle a précisé que le taux de 5 % prenait en compte une aggravation possible de l'état de santé de l'assuré.

G. \_\_\_\_\_ a fait opposition à cette décision par acte du 29 septembre 2006. Il a estimé que les suites de l'accident, l'ampleur des séquelles et les risques d'aggravation future justifiaient un taux d'atteinte largement supérieur à 5 %. Il a également réservé le risque d'une invalidité future.

Par lettre du 27 novembre 2006 à X. \_\_\_\_\_ SA, l'assuré a relevé que, selon les conclusions du 20 juin 2005 du Dr H. \_\_\_\_\_, la reprise du travail n'était possible que dans une activité adaptée permettant les mesures habituelles d'épargne rachidienne. Il en a déduit qu'il avait droit à une rente d'invalidité LAA et a sollicité une décision formelle sur ce point. Il a également requis de l'assurance qu'elle interpelle le Dr Q. \_\_\_\_\_, afin qu'il se détermine sur le taux de l'IPAI.

Par décision sur opposition du 25 avril 2007, X. \_\_\_\_\_ SA a rejeté l'opposition formée par G. \_\_\_\_\_ à l'encontre de la décision du 14 septembre 2006 (recte : 22 août 2006) et confirmé celle-ci. Elle a relevé que l'IPAI ne dépendait pas des circonstances particulières du cas concret, mais qu'elle relevait d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs. En ce qui concerne l'atteinte subie par l'assuré, X. \_\_\_\_\_ SA en a admis le caractère durable et final. Elle a relevé que G. \_\_\_\_\_ n'avait plus consulté le Dr Q. \_\_\_\_\_ depuis le mois de mars 2005, de sorte qu'on pouvait

retenir que son état s'était amélioré et ne nécessitait plus de soins. En ce qui concerne le taux de l'IPAI, l'assurance s'est référée à la table 7 de la SUVA. Elle a souligné qu'en cas de fractures cervicales, dorsales ou lombaires, un taux de 0 % à 5 % devait être retenu en cas de douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissent complètement et rapidement. Se fondant sur l'avis du 14 août 2006 du Dr F.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ SA a considéré qu'un taux de 5 % était admissible. Selon elle, la légère faiblesse au triceps gauche relevée par le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 23 novembre 2005 n'était pas de nature à entraîner l'octroi d'une IPAI. Pour le surplus, une aggravation prévisible de l'IPAI au sens de la législation n'existait pas, mais une révision demeurait toujours possible en cas de changements conséquents. Enfin, X.\_\_\_\_\_ SA a estimé que l'assuré ne présentait aucune invalidité et qu'il pouvait pleinement exercer son activité d'éducateur, ou toute autre activité sédentaire éventuellement mieux adaptée à son état, sans subir une perte financière. A cet égard, elle a précisé que les mesures d'épargne rachidienne préconisée par le Dr H.\_\_\_\_\_ étaient temporaires et limitées à la période de la reprise théorique du travail, compte tenu de l'excellente évolution de l'état de santé de G.\_\_\_\_\_, telle qu'elle résultait des rapports médicaux.

**C. a)** G.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision par acte du 23 mai 2007, concluant, avec dépens, principalement à son annulation et subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une IPAI "*supérieure à 5 %, à dire d'expert*", ainsi qu'à "*toutes autres prestations légales à dire d'expert*". Il fait valoir que l'intimée a procédé à une appréciation sommaire, non motivée et empreinte d'erreur pour arriver au taux de l'IPAI retenu. Le recourant soutient qu'il souffre de maux de tête et de contractures au niveau de la nuque depuis l'accident du 19 août 2004 et qu'il est suivi par le Dr B.\_\_\_\_\_, qui lui a régulièrement prescrit des séances de physiothérapie. G.\_\_\_\_\_ précise que ces séances ne lui procurent qu'une amélioration passagère et que les douleurs réapparaissent après quelques semaines. Le recourant invoque encore une mauvaise application de la table n° 7 de la SUVA par l'intimée, qui, selon lui, n'a pas suffisamment tenu compte de la présence d'une

spondylodèse, d'une cyphose, d'une limitation fonctionnelle du rachis, d'une capacité de travail limitée et de douleurs vertébrales continues qui l'empêcheraient notamment de pratiquer du sport. Enfin, le recourant réserve le risque futur d'une invalidité, qui ne pourra, d'après lui, pas être évalué avant la fin de sa formation. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale portant sur le taux de l'IPAI.

En annexe à son recours, G. \_\_\_\_\_ a produit des pièces, en particulier une attestation établie par C. \_\_\_\_\_, physiothérapeute à [...], selon laquelle il a suivi le recourant durant les années 2005 et 2006. Une autres attestation fait état de rééducation, de massages et de tonification lors de neuf séances intervenues entre le 1<sup>er</sup> et le 19 mai 2006, à l'Association médicale U. \_\_\_\_\_.

**b)** Dans sa réponse du 29 juin 2007, l'intimée a conclu au rejet du recours interjeté par G. \_\_\_\_\_ et confirmé la motivation de la décision entreprise. Elle relève en outre que la dernière consultation du recourant auprès du Dr Q. \_\_\_\_\_ date du 3 mars 2005, qu'il s'est rendu à une consultation médicale le 29 septembre 2005 pour la dernière fois et qu'il n'a plus bénéficié d'une séance de physiothérapie auprès de C. \_\_\_\_\_ depuis le 4 septembre 2006.

X. \_\_\_\_\_ SA a produit une note manuscrite du 18 juin 2007 du Dr F. \_\_\_\_\_, accompagnée de sa retranscription dactylographiée. Il en ressort que la table 7 de la SUVA tient compte, sous la rubrique "*fracture*", d'une éventuelle spondylodèse, de sorte que ce blocage opératoire n'entraîne pas une IPAI supplémentaire, ainsi que d'une éventuelle cyphose et de la limitation fonctionnelle qui en découle. Selon l'intimée, la capacité de travail n'entre pas en considération dans la détermination de l'IPAI, qui se base en général sur la diminution de mobilité et, donc, uniquement sur un problème anatomique. Il existe une exception pour les atteintes à la colonne vertébrale, dès lors que le facteur subjectif de la douleur est pris en compte. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a relevé que les activités de loisirs ne jouent pas non plus de rôle dans la fixation de l'IPAI, pas plus que

la nécessité d'avoir un traitement continu pour maintenir la capacité de travail. Il a conclu comme suit :

*"En conclusion, l'IPAI est uniquement un dommage anatomique. Selon les rapports médicaux, on se trouve sur ce sujet entre <<+>> et <<++>> avec angulation de 10° selon les radios (soit pour une discrète cyphose selon le rapport du 29 septembre 2005).*

*Cela entraîne un taux d'IPAI entre 0-5 % selon Table n° 7 de la SUVA.*

*On ne nie cependant pas qu'un risque d'aggravation existe, mais il n'est pas prévisible de manière certaine. En conséquence, ce point sera éventuellement à rediscuter si une complication tardive survient."*

**c)** Le recourant a fait faire un CT-Scan de sa colonne cervicale le 24 septembre 2007. Le Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV a constaté que le cliché était superposable à celui du 29 septembre 2005. Il a conclu à un status post spondylodèse C6-D1 inchangé par rapport au comparatif.

Les Drs Q.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, du Service universitaire de neurochirurgie du CHUV, ont établi un rapport le 24 septembre 2007, expliquant que le recourant avait souhaité un contrôle en raison de douleurs nucales irradiant occasionnellement dans le membre supérieur droit, sans autre plainte. D'un point de vue objectif, les médecins n'ont constaté aucun déficit sensitivo-moteur. Les réflexes étaient présents et symétriques et il n'existait aucun élément permettant de retenir un syndrome pyramidal aux membres inférieurs. Les Drs Q.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ont encore souligné la "*fusion complète et l'absence de modification*" entre le CT-Scan du 24 septembre 2007 et celui du 24 février 2005. En conclusion, ils ont considéré que les douleurs présentées par le recourant étaient plutôt d'origine musculaire trois ans après une fixation postérieure C6-D1. Ils ont jugé l'évolution favorable et ont proposé à G.\_\_\_\_\_ de poursuivre une physiothérapie, mais sans manœuvres de manipulation.

Le 5 octobre 2007, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire que le conseil du recourant lui avait adressé. Il a indiqué que

la fracture subie par G.\_\_\_\_\_ était désormais stable. Il a estimé probable que la symptomatologie douloureuse ressentie plusieurs fois par année par le recourant au niveau du rachis fût en relation de causalité avec l'accident du 19 août 2004 et préconisé un traitement médicamenteux à cet égard.

**d)** Par réplique du 15 novembre 2007, G.\_\_\_\_\_ a rappelé que le recours portait, d'une part, sur le droit à une rente d'invalidité et, d'autre part, sur le taux de l'IPAI. Il a renouvelé sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise "*afin de fixer correctement l'atteinte à l'intégrité en se fondant sur l'ensemble des atteintes à la santé*" et leurs conséquences sur sa capacité de gain.

Dans sa duplique du 4 décembre 2007, l'intimée a confirmé ses conclusions.

**e)** Le 12 mars 2008, G.\_\_\_\_\_ a produit diverses factures. Il en ressort qu'il a bénéficié de quatre séances de soin auprès de D.\_\_\_\_\_, ostéopathe à [...], entre le 27 janvier et le 10 mars 2006, de deux séances d'acupuncture les 19 et 11 novembre 2007, au Centre J.\_\_\_\_\_, dans la même ville et de trois séances d'ostéopathie auprès du cabinet de S.\_\_\_\_\_, à [...], les 17 décembre 2007 et 10 janvier et 11 mars 2008. Il s'est encore rendu à de séances de massage thérapeutique au Centre N.\_\_\_\_\_, toujours dans la même ville, les 15 et 21 janvier, 5, 18 et 21 février et 3 mars 2008.

Le 3 avril 2008, X.\_\_\_\_\_ SA a produit un rapport du 27 décembre 2007 du Dr Q.\_\_\_\_\_ à la P.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'évolution de l'état de santé du recourant était "*tout à fait favorable avec un examen neurologique normal sur le plan objectif*" et, sur le plan subjectif, "*peu de douleur nucale*". La dernière consultation avait eu lieu le 24 septembre 2007 et G.\_\_\_\_\_ était arrivé en fin de traitement. Aucun nouveau contrôle n'était prévu. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait posé un "*pronostic excellent*". Il avait précisé qu'il ne fallait pas s'attendre à un dommage permanent direct, mais que l'accident et la chirurgie subis pouvaient

entraîner des changements dégénératifs précoces au niveau de la colonne cervicale.

Après production des dossiers médicaux du CHUV et du Dr B.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ SA s'est déterminée le 15 mai 2008 et a produit une note manuscrite du 9 mai 2008 du Dr F.\_\_\_\_\_, ainsi que sa retranscription dactylographiée. Il en ressort que, selon le rapport du 24 septembre 2007 du Service universitaire de neurochirurgie du CHUV, il n'y avait pas d'évolution dégénérative secondaire par rapport à la situation qui prévalait au mois de février 2005. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a encore relevé que le recourant n'avait pas entrepris de traitement intensif entre 2005 et 2007 et qu'il n'avait repris des séances régulières qu'en 2008, lorsqu'on lui avait demandé s'il était suivi. A cet égard, ce médecin a précisé qu'il n'entendait pas de nier tous les traitements entrepris, mais qu'il convenait de constater que le cas du recourant était stabilisé.

**f)** Une expertise médicale a été mise en œuvre par l'assurance responsabilité civile du détenteur du véhicule dans lequel le recourant se trouvait lors de l'accident du 19 août 2004 et confiée au Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, à [...].

Dans ce cadre, le Dr R.\_\_\_\_\_ a été sollicité pour établir un bilan neurologique et électromyographique. Ce médecin a rendu un rapport le 29 mai 2008 à l'attention du Dr K.\_\_\_\_\_. Il a indiqué que le recourant avait été victime d'une fracture facettaire et pédiculaire C7 gauche avec instabilité C6-C7. L'examen de la nuque avait révélé une mobilité modérément limitée, avec mobilisation sensible localement. Les muscles para-cervicaux et le chef supérieur du trapèze n'étaient pas contracturés mais restaient bilatéralement un peu sensibles sous la pression. Les mouvements rapides des membres supérieurs avaient été bien effectués des deux côtés. La trophicité et la force musculaires étaient intactes. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'après l'opération du 5 novembre 2004, l'évolution orthopédique et neurologique de G.\_\_\_\_\_ avait été favorable et avait permis la reprise des études, ainsi que d'une activité parallèle de travail en garderie d'enfants, que l'intéressé exerçait à

l'époque à 60 %. Les seules plaintes exprimées par le recourant avait trait à une persistance de douleurs cervico-scapulaires modérées à prédominance gauche, qui entraînaient parfois des complications sous forme de paresthésies à la face externe du membre supérieur gauche. Le traitement consistait en quelques séances de massages. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a conclu son rapport comme suit :

*"En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué s'est révélé sans anomalies significatives hormis une limitation modérée et un peu sensible localement de la mobilité du rachis cervical et des muscles paracervicaux ainsi qu'un chef supérieur du trapèze restant bilatéralement un peu sensible à la pression. Aucune anomalie du système nerveux proprement dit avec notamment pas de signes d'atteinte radriculaire ou médullaire.*

*Comme vous me l'avez demandé, j'ai pratiqué un EMG (électromyogramme, nldr) des deux membres supérieurs qui ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des deux membres supérieurs et dépendant des myotomes C5 à D1.*

*En bref, en dehors de la persistance de quelques plaintes au niveau cervical et d'une limitation modérée sensible localement de la mobilité de la nuque, une évolution post-traumatique subjectivement et objectivement tout à fait favorable."*

Le Dr K. \_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 14 juin 2008. Au stade de l'anamnèse systémique, il a relevé que le recourant aimait le sport en général, qu'il pratiquait de la gymnastique artistique et du Roller et qu'il faisait de la marche et parfois de la natation. L'expert a indiqué que l'examen des membres supérieurs n'avait pas révélé d'atrophie musculaire localisée ni de diminution de la force contrariée. Les réflexes bicipitaux, tricipitaux et radiopronateurs étaient présents, vifs et symétriques. Des radiographies de la colonne cervicale avaient montré de légers troubles statiques, une discopathie C6-C7, un status après spondylodèse C6-D1 et un spondylolisthesis C6-C7 de grade 1 sans signe d'instabilité. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé que G. \_\_\_\_\_ présentait certaines plaintes, comme des céphalées modérées occasionnelles, des cervicalgies légères et des scapulalgies bilatérales associées parfois à quelques paresthésies intéressant une topographie antéro-externe du membre supérieur gauche et des douleurs dorsales. Il a relevé que l'assuré, compte tenu de son âge, était inquiet à propos d'éventuelles séquelles futures en

relation avec la lésion cervicale subie en 2004. Les plaintes du recourant n'avaient pas d'influence sur son activité professionnelle. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics définitifs suivants :

- légères céphalées occasionnelles;
- cervicalgies et scapulalgies modérées prédominant du côté gauche, associée à des paresthésies occasionnelles antéro-externes au membre supérieur gauche;
- état après ostéosynthèse du rachis cervical datant du 5 novembre 2004 par fixation de C6-D1 au moyen de vis dans la masse latérale de C6, vis pédiculaire D1, et tige système NEON par abord postérieur pour instabilité C6-C7 sur fracture facettaire et pédiculaire C7 gauche;
- status après polytraumatisme datant du 19 août 2004 avec traumatisme crânien simple, traumatisme du rachis cervical avec fracture de l'apophyse transverse et de la lame gauche de C7, antélisthésis de 1<sup>er</sup> degré de C6/C7 et lésion du ligament interépineux à ce niveau et traumatisme avec fracture du poignet droit.

Relevant que le recourant poursuivait ses cours en vue de devenir éducateur social, le Dr K. \_\_\_\_\_ a exclu, selon toute vraisemblance, que des séquelles de l'accident de 2004 puissent porter atteinte à sa capacité de travail. Il a relevé l'évolution favorable du recourant, même s'il y avait persistance de certaines plaintes. Objectivement, l'expert a constaté un léger syndrome vertébral cervical avec status neurologique normal et une cyphose postérieure se traduisant par un antérolisthésis de C6-C7. Il a estimé que les troubles et les douleurs dont G. \_\_\_\_\_ faisait état pouvaient justifier *"la reconnaissance d'une invalidité anatomique de la colonne vertébrale"*. A la question de savoir s'il y avait lieu, pour le futur, de craindre une aggravation de l'état de santé en relation avec les séquelles de l'accident du 19 août 2006, il a répondu comme suit :

*"Certes il existe toujours un antero-listhesis de C6-C7 d'environ 2mm, diagnostiqué le jour de l'hospitalisation du patient le*

19.08.2004. L'ostéosynthèse de C6-C7 exécutée le 5.11.2004 a permis une stabilisation du rachis cervical attestée par les différents contrôles radiologiques ultérieurs au CHUV, avec une évolution post-traumatique jusqu'à présent favorable dans l'ensemble.

*Cependant, il est possible que la fracture facettaire et du pédicule de C7, la cyphose C6-C7, et la spondylodèse de C6-D1, favorisent des altérations dégénératives ostéo-discales des vertèbres incriminées plus précoces et plus importantes qu'une évolution sans traumatisme."*

En dernier lieu, le Dr K.\_\_\_\_\_ a précisé qu'en se référant à l'ordonnance sur l'assurance-accidents et compte tenu de ses constatations, *"le taux d'une invalidité présumée permanente avec une possible aggravation de l'état en rapport avec les séquelles de l'accident"* se situait entre 10 % et 20 %, même s'il y avait une stabilité à l'examen clinique et à l'image radiologique.

**g)** L'intimée s'est déterminée par lettre du 7 juillet 2008 sur le rapport d'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_. Elle a confirmé ses conclusions en rejet du recours et produit une note manuscrite du Dr F.\_\_\_\_\_, ainsi que sa retranscription dactylographiée, dont il résulte ce qui suit :

*"Dans l'expertise du 14 juin 2008, l'expert (le Dr K.\_\_\_\_\_) reconnaît qu'il n'y a pas de troubles neurologiques objectivables. Il existe seulement un léger syndrome vertébral cervical. Il admet aussi qu'il n'est que possible qu'on aille vers une aggravation plus précoce des troubles dégénératifs du rachis cervical. Cela entraîne que ce n'est pas sûr.*

*En conséquence, si on fait référence à la Table n° 7 de la Suva, les plaintes subjectives (cf. page 8 du rapport d'expertise) sont modérées et occasionnelles, ce qui entraîne entre <<0>> et <<+>>, ce qui correspond à un taux d'IPAI de 0 % et 0-5 %. Même si on admettait qu'on se trouve en <<++>>, cela correspond à 5-10 %.*

*En conclusion, le taux reconnu de 5 % semble logique.*

*Il est clair que la fracture était postérieure. Il n'y a pas eu de tassement du corps vertébral, donc on est en dessous d'une angulation de 10 °.*

*Nota bene : pour l'invalidité (= incapacité de travail), l'expert est clair dans sa réponse en page 6 : il n'y en a pas!"*

Le recourant s'est déterminé par lettre du 14 juillet 2008 et a fait valoir que le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ était complet, motivé et ne contenait aucune contradiction. Il a indiqué que les séquelles dont il souffrait relevaient plus de la neurochirurgie que de l'orthopédie, de sorte que l'avis de l'expert devait être préféré à celui du Dr F. \_\_\_\_\_. Le recourant en a conclu que le taux de l'IPAI devait être fixé entre 10 % et 20 %, soit à un taux moyen de 15.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal cantonal des assurances du canton du domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et applicable dès son entrée en vigueur aux causes pendantes devant les autorités de justice administrative (art. 117 al. 1 LPA-VD), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD) et donc pour connaître de la présente affaire. La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), la valeur litigieuse étant supérieure à

30'000 fr., dès lors qu'il s'agit d'un litige portant notamment sur l'octroi d'une rente d'invalidité au sens des art. 18 ss LAA (cf. Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47).

**c)** Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**2.** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a, RCC 1985 p. 53).

Dans la présente cause, est litigieuse la question du taux de l'IPAI octroyée au recourant. Celui-ci soutient également avoir droit à une rente d'invalidité, qui lui a été refusée.

**3. a)** Si, par suite d'un accident, un assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). L'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, mentale ou psychique subit, indépendamment de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA).

L'IPAI a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message à l'appui d'un projet de loi fédérale sur l'assurance-accidents, FF 1976 III pp. 143 ss, spéc. p. 171). Cette indemnité ne tend pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisée au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle sert à compenser un préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 c. 5.1). L'IPAI s'apprécie uniquement en fonction des constatations médicales objectives. Il n'y a pas lieu de tenir compte d'éventuelles circonstances propres à l'assuré, en particulier de la manière dont l'assuré vit son atteinte (ATF 115 V 147 c. 1; ATF 113 V 218 c. 4; RAMA 2004 n° U 514 p. 415; RAMA 2000 n° U 362 p. 41; RAMA 2000 n° U 362/98 c. 1 p. 41; Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de loi sur l'assurance-accidents [LAA], p. 121). Les aspects subjectifs du dommage sont ainsi exclus de l'indemnisation. Ainsi, l'IPAI ne vise pas à indemniser les souffrances physiques ou psychiques - si intenses soient-elles - de l'assuré pendant le traitement médical. Un traitement particulièrement long et douloureux n'est un critère décisif ni pour le droit à l'indemnité ni pour son étendue, le législateur ayant mis l'accent sur le caractère durable - voire permanent - de la lésion, une fois le traitement médical achevé. En cela, l'IPAI se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 c. 5.1).

**b)** L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale de l'atteinte à l'intégrité, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C\_459/2008 [T 0/2] du 4 février 2009). Il incombe donc au premier chef

aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, pp. 100 ss; Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetz über die Unfallversicherung, thèse Fribourg 1998, p. 68; TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 c. 5.2).

Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 OLAA. Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 c. 1b; ATF 124 V 209 c. 4a/bb; ATF 113 V 218 c. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). A cette fin, la Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 OLAA et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle (ATF 124 V 209 c. 4a/cc; ATF 116 V 156 c. 3.a; TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 c. 2.1).

L'art. 36 al. 4 OLAA prévoit qu'il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité, une révision n'étant possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable. Dès lors, à supposer que la survenance d'une

future aggravation de l'atteinte à la santé puisse être considérée comme une circonstance établie, elle n'a pas à être prise en considération si elle n'est pas quantifiable (TFA U 173/00 Co du 22 septembre 2000 c. 2 et les réf. citées).

**c)** De manière générale, 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 c. 5.1).

**4. a)** En l'espèce, le recourant a été victime, lors de l'accident du 19 août 2004, d'une fracture facettaire et pédiculaire de la vertèbre cervicale C7 gauche avec instabilité C6-C7. Une telle atteinte ne figure pas dans l'annexe 3 OLAA. En revanche, la table 7 de la SUVA traite de l'atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale. En particulier, le ch. 1 de cette table a trait au taux d'atteinte à l'intégrité au cas de fractures cervicales, y compris spondylodèse, cyphose ou scoliose, comme c'est le cas en l'espèce. Ce taux est fonction de l'angulation de la déformation et du degré de la douleur ressentie.

L'ensemble des documents médicaux récents fait état de plaintes occasionnelles relatives, selon le Dr K.\_\_\_\_\_, à de légères

céphalées, des douleurs cervicales ou de l'épaule principalement du côté gauche et des paresthésies au bras gauche. Les Drs Q.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ont, dans leur rapport du 24 septembre 2007, fait état de douleurs de la nuque irradiant occasionnellement le membre supérieur gauche, sans autre plainte. Dans sa réponse au questionnaire que lui avait adressé le conseil du recourant, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a mentionné une symptomatologie douloureuse ressentie plusieurs fois par année au niveau du rachis cervical. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a quant à lui fait état de plainte relatives à la persistance de douleurs cervico-scapulaires modérées à prédominance gauche, avec parfois des paresthésies à la face externe du bras gauche. Sous réserve des céphalées et des paresthésies, il n'est pas mentionné que les douleurs ne sont qu'occasionnelles ou qu'elles disparaîtraient après un ou deux jours. On se trouve donc en présence de douleurs de catégorie "++" de la table 7 de la SUVA, soit des *"douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts"*. Elles nécessitent, par période, des séances de physiothérapie. Une angulation de 10° doit être retenue, comme l'a indiqué le Dr F.\_\_\_\_\_. Dans une telle hypothèse, la fourchette du taux de l'IPAI est de 5 % à 10 %. Un taux de 5 % est donc justifié, compte tenu du fait qu'à l'heure actuelle, il existe une stabilité à l'examen clinique et à l'image radiologique, et en l'absence de déficit à l'électromyogramme.

**b)** G.\_\_\_\_\_ se réfère aux conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_ estime que le taux de l'IPAI devrait être arrêté à 15 %. Il est exact que ce médecin a considéré, dans son rapport du 14 juin 2008, que le taux d'une invalidité présumée permanente avec une possible aggravation de l'état en rapport avec les séquelles de l'accident du 19 août 2004 se situait entre 10 % et 20 %. Une telle fourchette correspond à un degré de douleur de la catégorie "+++" de la table 7 de la Suva, soit des *"douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos, une charge supplémentaire étant impossible et la diminution n'étant que très lente après l'aggravation"*. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a toutefois précisé qu'au jour de l'expertise, il y avait une stabilité à l'examen clinique et à l'image radiologique, sans déficit à l'électromyogramme du 17 mai 2008. Il s'avère donc que ce praticien a tenu compte, dans son appréciation du taux de

l'atteinte, d'une aggravation dont il apparaît qu'elle n'est certes pas exclue, mais qu'elle n'est en revanche pas quantifiable au sens de la jurisprudence précitée (TFA U 173/00 Co du 22 septembre 2000 c. 2 et les réf. citées). En effet, l'ensemble des spécialistes du domaine médical qui se sont prononcés, y compris le Dr K.\_\_\_\_\_, a considéré qu'une aggravation était possible, sans qu'on puisse en déterminer l'ampleur. Une telle aggravation n'est donc pas suffisamment vraisemblable pour qu'on puisse en tenir compte dans la fixation de l'IPAI et, sur ce point, les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_ ne peuvent être suivies.

**c)** Le recourant ne saurait tirer argument d'une comparaison entre sa situation et celle qui a donné lieu à l'arrêt publié in RAMA 1995 n° U 228 p. 192. Dans cette affaire, l'assuré souffrait d'un syndrome cervical chronique grave, qui lui causait des douleurs considérables. Il avait des douleurs diffuses dans la nuque, qui s'aggravaient en cas de mouvements des vertèbres cervicales. L'état de santé de l'assuré était tel qu'un des médecins s'était étonné que l'intéressé puisse encore conduire de temps à autre. Les douleurs se trouvaient donc à la limite entre les catégories "++" et "+++" du chiffre 1 de la table 7 de la SUVA, compte tenu d'une cyphose avec une angulation supérieure à 21°, soit dans une fourchette entre 15 % et 30 %. Le taux de l'IPAI avait été fixé au seuil supérieur notamment en raison d'importantes limitations fonctionnelles de la colonne vertébrale. On voit bien que cette situation n'a rien de comparable avec les douleurs cervicales occasionnelles ressenties par le recourant et auxquelles sont parfois associés des fourmillements dans le bras gauche.

C'est le lieu de préciser que les traitements suivis par le recourant entre 2005 et 2008, sous forme de physiothérapie, d'ostéopathie, de massages ou de séances d'acupuncture, ne sont pas de nature à modifier l'appréciation de l'atteinte qu'il a subie. Ils s'intègrent au contraire dans le tableau clinique de l'intéressé, qui, occasionnellement, ressent des douleurs à la nuque et à l'épaule gauche, ainsi que de légères céphalées. Cette situation implique de tels traitements amenant une amélioration de l'état de santé plus ou moins rapidement.

Enfin, l'argumentation du recourant, qui soutient que ses loisirs sont limités car les douleurs qu'il ressent l'empêchent de pratiquer des activités sportives est sans pertinence. La jurisprudence a consacré le caractère objectif ou égalitaire de l'IPAI, qui doit être fixée exclusivement en fonction de la gravité et de la durabilité de l'atteinte et non pas en fonction de la manière dont elle est vécue par l'assuré (ATF 113 V 218 c. 4). La gravité de l'atteinte est évaluée de manière abstraite, égale pour tous et il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné ou des effets particuliers ressentis par un assuré donné (ATF 115 V 147 c. 1; ATF 113 V 218 c. 4b et les réf.). Au demeurant, les allégations du recourant sont en contradiction avec les indications qu'il a fournies au Dr K.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 14 juin 2008, ce médecin a en effet indiqué que le recourant aimait pratiquer le sport en général, qu'il faisait de la gymnastique artistique, de la marche, du Roller et parfois de la natation.

**5. a)** Le recourant soutient qu'il a droit à une rente d'invalidité fondée sur la LAA.

**b)** Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un

revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215, c. 7.2, et les références citées).

Le droit à la rente d'invalidité selon l'art. 18 al. 1 LAA prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 LAA).

**c)** En l'espèce, il ne ressort pas des faits que le recourant subirait une quelconque diminution de gain en raison de l'accident du 19 août 2004. Tous les médecins qui se sont prononcés ont conclu à une pleine capacité de travail dans l'activité professionnelle de conseiller éducateur de G.\_\_\_\_\_. Ses prétentions en allocation d'une rente d'invalidité fondée sur la LAA doivent donc être rejetées.

**6.** Au vu des considérations qui précèdent, il apparaît que la présente cause est suffisamment instruite pour être jugée. De nouvelles mesures probatoires ne sont donc pas nécessaires, puisqu'elles ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la cour de céans. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, comme le demande le recourant (cf. ATF 130 II 425 c. 2.1; ATF 122 II 464 c. 4a, JT 1997 I 786; ATF 122 III 219 c. 3c, JT 1997 I 246).

**7.** En définitive, le recours interjeté par G.\_\_\_\_\_, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

La procédure étant gratuite, aucun frais n'est mis à la charge du recourant (art. 61 al. 1 let. a LPGA).

Il n'y a pas lieu à allocation de dépens (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours déposé par G. \_\_\_\_\_ est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 25 avril 2007 par X. \_\_\_\_\_ SA est confirmée.
  
- III. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour G. \_\_\_\_\_),
- X. \_\_\_\_\_ SA,
- 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).

Le greffier :