

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 février 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mmes Thalmann et Bendani
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

Q._____, à Ecublens, recourant, représenté par Me Eduardo Redondo,
avocat à Vevey,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représenté par Me Marc-Etienne Favre, avocat à
Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1961, a travaillé comme installateur sanitaire auprès de la société Z. _____ SA. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale d'assurance suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après: CNA) contre les accidents et les maladies professionnels, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20).

Le 29 avril 2004, alors qu'il se trouvait au volant de sa voiture arrêtée à un feu rouge, Q. _____ a été percuté à l'arrière par un autre véhicule. Il a consulté la Policlinique T. _____, à [...], en se plaignant de douleurs dans la nuque et le trapèze gauche, ainsi qu'à la hauteur de C6-C7 à droite et à l'épaule droite. La flexion et la rotation de la nuque étaient limitées à 60 %. Les diverses radiographies effectuées et le CT-scan osseux n'ont pas montré de lésion traumatique majeure.

A la demande de la CNA, Q. _____ a été examiné le 24 juin 2004 par le Dr X. _____, neurologue FMH à Lausanne. Ce spécialiste a conclu que le patient avait été victime d'une distorsion cervicale simple de degré I à II selon la Québec Task Force, le bilan et les examens complémentaires pratiqués rendant par ailleurs peu probable l'existence d'une atteinte structurelle du système locomoteur et nerveux. Dans son rapport du 25 juin 2004, le Dr X. _____ estimait que l'état actuel de Q. _____ n'autorisait pas la reprise de son activité d'installateur sanitaire et, dans cet ordre d'idée, était d'avis qu'une prise en charge intensive à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) pouvait avoir un sens.

Du 19 juillet au 18 août 2004, l'assuré a séjourné auprès de la CRR, à Sion. Dans leur rapport de sortie du 27 août 2004, les Dr B. _____, médecin-assistant, et A. _____, médecin associé, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, exposent notamment ce qui suit:

"LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION

M. Q. _____ est un patient âgé de 42 ans qui présente depuis le 29.04.04, date d'un accident de la circulation, des cervicalgies chroniques. A son entrée, le patient déclare des céphalées dans l'ensemble de la boîte crânienne, par moments il présente des fourmis dans les 2 mains de manière non systématisée. Parfois il s'endort dans de mauvaises positions et il présente des douleurs dans l'épaule D. Le patient déclare présenter une douleur permanente au niveau de la nuque irradiant au niveau du rachis dorsal jusqu'au milieu des omoplates. Les mouvements aggravent les douleurs. Selon le patient, les troubles mnésiques et les difficultés de la concentration seraient présents. D'autre part, au niveau psychologique, le patient est d'humeur triste, il ressent une baisse d'énergie, il est inquiet quant à l'avenir et a des troubles du sommeil. L'examen clinique pratiqué lors de son admission montre l'intégrité de l'ensemble des amplitudes articulaires. Au niveau cervical, la rotation et l'inclinaison sont limitées par la douleur mais l'observation du patient hors d'un contexte médical montre que les amplitudes relevées peuvent être augmentées. L'examen neurologique ne met en évidence aucune anomalie.

Les consiliums psychiatriques réalisés montrent que le patient ne présente pas de trouble de la personnalité mais on relève quelques éléments dépressifs en rapport avec l'accident sans état de stress post-traumatique ni trouble somatoforme douloureux. Lors de l'hospitalisation, le patient a eu des entretiens psychothérapeutiques avec les psychologues de la clinique.

L'examen neuropsychologique montre des troubles dysexécutifs modérés qui semblent en lien avec le TCC sévère de 1986.

Un bilan radiologique a de nouveau été pratiqué qui n'apporte aucun élément diagnostique.

En physiothérapie, le patient a bénéficié de traitements en visant la détente des muscles de la région scapulo-thoracique avec des exercices de renforcement spécifiques en isométrique et dynamique. Un travail de reconditionnement global a également été effectué ainsi qu'une intégration aux différents groupes de marche rapide et d'entraînement individuel.

L'évolution est favorable au niveau de la condition globale du patient, au niveau des mouvements de la nuque mais au niveau subjectif les plaintes du patient sont les mêmes concernant ses céphalées et ses douleurs.

Bien qu'il n'y ait pas d'élément objectif permettant d'expliquer la persistance des douleurs, envisager une reprise du travail à la sortie de la Clinique serait voué à un échec certain et immédiat, compte tenu des plaintes et du statut de salarié intérimaire du patient. Il a donc été convenu avec les services de la SUVA que le patient sera convoqué rapidement par leurs soins dès sa sortie de notre établissement. Actuellement, son état clinique peut être considéré comme stable avec une bonne récupération de l'ensemble de ses capacités physiques et la persistance de douleurs au niveau de la nuque et de céphalées qui peuvent persister pendant plusieurs mois après l'accident. Malgré la stabilité du cas, il a été prescrit au patient 9 séances de physiothérapie afin de lui laisser un cadre thérapeutique et d'éviter de nourrir chez lui un sentiment d'abandon. Il existe chez ce patient plusieurs facteurs de risque

environnementaux: l'arrivée récente en Suisse, l'instabilité professionnelle, l'éloignement de la famille, qui peuvent influencer négativement l'évolution des plaintes du patient."

Le Dr X._____ a examiné une nouvelle fois l'assuré le 13 octobre 2004. Au terme de son bilan et compte tenu de l'ensemble des éléments à sa disposition, ce médecin a estimé qu'il n'y avait pas lieu de remettre en doute le diagnostic de syndrome après distorsion cervicale de degré I à II selon la Québec Task Force, ni de conclure à une atteinte structurelle majeure du système nerveux et locomoteur. Il a précisé en outre ce qui suit:

"Si en tant que conséquence possible de l'accident du 29.4.2004, on peut admettre la persistance de cervico-céphalalgies modérées, l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail ne peuvent plus être considérées comme en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel. Bien que le patient s'en défende, il existe très certainement des facteurs étrangers à l'événement accidentel (d'ordre personnel et socio-professionnel) expliquant l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail."

B. Par décision du 25 octobre 2004, la CNA, soulignant que les troubles dont souffrait encore Q._____ n'étaient plus dus à l'accident du 29 avril 2004 mais étaient de nature exclusivement malade, a considéré le statu quo sine atteint et a mis fin aux indemnités journalières de l'assuré avec effet au 14 novembre 2004, le traitement médical lié à la prise d'antalgiques et gastro-protection demeurant néanmoins pris en charge par l'assurance.

Q._____ a formé opposition contre la décision précitée. Après réexamen du dossier, la CNA a informé l'assuré le 10 décembre 2004 qu'elle annulait sa décision et reprenait dès le 15 novembre 2004 les prestations d'assurance (indemnité journalière et traitement médical).

En janvier 2005, la CNA a décidé la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr H._____, neurologue, à Lavigny. Sous le chapitre

"Discussion", le rapport de ce médecin, établi le 7 novembre 2005, relève les points suivants:

"Patient d'origine espagnole, âgé de 44 ans, né à Marseille.

L'anamnèse familiale n'a pas d'intérêt dans cette discussion.

Lorsque l'accident qui nous intéresse survient (29.4.2004), il travaillait en Suisse en tant qu'installateur sanitaire, avec un CFC. Il travaillait d'ailleurs sans problème et cela malgré des antécédents importants: en 1986, il subit un accident sur la voie publique avec traumatisme crânio-cérébral, associé à une contusion rénale et fracture tibiale droite. Si l'accident n'a pas eu de séquelles douloureuses à long terme, il a provoqué une contusion cérébrale avec d'ailleurs des séquelles neuropsychologiques, aujourd'hui évidentes encore du point de vue neuropsychologique (cf. rapport de la SUVA) ; il s'agit de troubles à caractère dysexécutifs, qui sont, dans ce cas comme dans bien d'autres, anosognosiques. Les troubles sont donc décrits dans un rapport antérieur et sont en relation avec les cicatrices visibles à l'IRM cérébrale au niveau du pôle frontal et temporal droit. Il s'agit de lésions cortico-sous-corticales, vraisemblablement d'origine traumatique, compte tenu des données cliniques à disposition.

L'IRM demandée met aussi en évidence une lésion nodulaire sellaire, qui pourrait être juxta- ou intra-hypophysaire. Il pourrait s'agir d'une tumeur fortuite. Cependant, un certain nombre de plaintes actuelles du patient (adynamisme, fatigue chronique, prise de poids, tendances dépressives) mériteraient, au vu de la lésion notée, une investigation endocrinologique. Même si le patient met actuellement l'ensemble des troubles en relation avec l'accident, on ne peut pas écarter d'emblée un possible dysfonctionnement hypothalamique et hypophysaire à l'origine d'un certain nombre de troubles non douloureux du patient.

L'accident qui nous intéresse survient il y a 18 mois. Il s'agit d'un traumatisme par transfert d'énergie au niveau cervical, sans traumatisme crânien. Il s'accompagne d'une douleur immédiate ressentie au niveau cervical droit et un peu plus tard aussi à gauche. Un syndrome cervical est décrit au début, sans lésions ostéoligamentaires évidentes lors du bilan radiologique étendu pratiqué dans les semaines et mois qui ont suivi le traumatisme. L'IRM cérébrale montre en particulier une discopathie C4-C5, qui peut être banale.

Les divers traitements proposés, y compris stationnaires, ont échoué.

Aujourd'hui, 18 mois après l'accident, les plaintes sont inchangées, voire légèrement améliorées par la quasi disparition des céphalées, qui compliquaient les cervicalgies initiales. En effet, les cervicalgies persistent: elles ont une intensité variable, évaluée entre 4 et 7/10 sur une échelle analogique. Leur caractère évoque une origine ostéo-ligamentaire et centrale (céphalées).

Les autres plaintes concernent avant tout un adynamisme, un manque d'énergie, une tendance dépressive, une fatigue chronique et un trouble du sommeil.

Au niveau du status, nous constatons une discrète limitation de la motilité cervicale sur le plan latéral, avec douleurs plus électives au niveau cervical moyen et à droite. Le status neurologique est par ailleurs normal.

Le patient a donc été examiné par une approche à caractère localisatrice à but diagnostique qui met en évidence une composante périphérique zygo-apophysiale droite C4-C5 et C5-C6 de la douleur. Cette composante est importante, le patient se disant soulagé d'une bonne partie de ses douleurs lors de cette intervention.

Par contre, le disque C4-C5, qui a été aussi examiné dans ce but, n'est quant à lui pas douloureux.

Résumons: ce patient de 44 ans subit il y a 18 mois une distorsion cervicale que l'on peut classer au niveau II de la classification de la « Québec Task Force ».

Aujourd'hui il ressent toujours des douleurs cervicales, qu'il considère comme invalidantes pour sa profession d'installateur sanitaire.

Une partie des plaintes du patient pourraient être l'expression d'un problème non traumatique, plus particulièrement un dysfonctionnement hypothalamique ou hypophysaire ou encore être la conséquence lointaine de la contusion cérébrale que le patient a subie il y a 20 ans.

Une expertise LAA se veut causale et contradictoire.

Voyons donc, à la lumière des constatations et du savoir actuel, ce qu'il en est de la causalité des douleurs.

Sont-elles en rapport avec l'accident ? La réponse est oui, si on tient compte des faits suivants : les douleurs prédominantes sont en relation avec les articulations zygo-apophysiales et cervicales médianes à droite C4-C5 et C5-C6 ; lors de l'accident, ces structures ont été vraisemblablement lésées, avec comme constatation un syndrome cervical et des douleurs qui, subjectivement, ont été ressenties à ce niveau.

La réponse est non, si l'on tient compte du fait qu'une partie des douleurs ont une composante centrale (par exemple les céphalées que le patient ressentait surtout au début) et le fait que l'anesthésie des structures périphériques impliquées — zygo-apophysiales — ne le libère pas totalement de ses douleurs.

La réponse est non aussi, si une partie des troubles sont mis en relation plutôt avec le dysfonctionnement central antérieur (la contusion cérébrale) et plus éventuellement avec un dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire qu'il y a lieu d'explorer.

Nous voyons donc que, dans le contexte actuel, la relation de causalité entre troubles et traumatisme n'est que partielle.

Il s'agit maintenant de faire la part des choses: quel pourcentage attribuer aux facteurs accidentels et extra-accidentels ?

Etant donné l'absence d'indices fiables qui permette d'argumenter de façon quantitative pour ou contre, on retiendra que 50 % des troubles du patient sont en relation avec l'accident.

D'autres investigations à but diagnostique, éventuellement thérapeutique, sont à prévoir; il s'agit cependant d'investigations qui ne concernent pas un problème traumatique (éventuelle dysfonction hypothalamo-hypophysaire sur lésion intra-sellaire à explorer).

Enfin, du point de vue thérapeutique, les lésions périphériques (les séquelles de micro-traumatismes étagés survenus lors de l'accident de 2004 au niveau zygo-apophysial à droite) peuvent faire l'objet d'une approche à caractère thérapeutique, comme celle proposée par le Pr F. _____, à savoir un traitement par dénervation par radiofréquence, comme proposé dans son rapport du 23.9.2005. Relevons cependant qu'il

est probable que ce traitement n'amène pas à la totale disparition des troubles du patient, comme déjà discuté plus haut. Pour ce qui concerne l'incapacité de travail, elle reste totale, en relation avec des facteurs traumatiques et extra-traumatiques."

A la demande de la CNA, le Dr H. _____ a établi le 4 août 2006 un rapport d'expertise complémentaire. Ce document comprend les conclusions suivantes:

"DISCUSSION, RESUME ET CONCLUSIONS"

Cet homme de 45 ans a subi il y a une vingtaine d'années une contusion cérébrale, dont il garde quelques séquelles du point de vue neuropsychologique, mises en évidence par une évaluation neuropsychologique à la Clinique de la SUVA à Sion. De plus, on peut admettre que cette contusion de localisation très antérieure et basale bilatérale pourrait être responsable de quelques difficultés d'adaptation: rien ne nous permet cependant d'affirmer cela avec force, du fait que ce patient avait pu travailler dans les 20 [ans] qui suivaient la contusion sans problème majeur évident.

Survient l'accident du 29.4.2004: il s'agit d'une distorsion cervicale par transfert d'énergie, comme déjà discuté dans le rapport du 7.11.2005. Depuis, le patient se plaint de cervicalgies latérales droites : en tenant compte de la version des faits donnée par le patient, sans tenir compte du rapport biodynamique (qui est en votre possession), on doit tout de même admettre que le syndrome cervical et les cervicalgies du patient d'une part font suite immédiatement à ce traumatisme et d'autre part sont une évolution assez habituelle après ce type de distorsion.

Ce qui est moins habituel est leur durée, subsistant encore aujourd'hui, plus de 2 ans après le traumatisme lui-même.

On peut en effet se demander si le syndrome acromégalique qui a été diagnostiqué au cours des investigations ne joue pas un rôle dans cette symptomatologie douloureuse. En effet, ce type de douleur est plus fréquent chez une personne souffrant d'un syndrome acromégalique que des contrôles. Par contre, le syndrome acromégalique est actuellement traité et, malgré cela, les douleurs persistent, plusieurs mois après la normalisation de l'équilibre neuro-hormonal.

Enfin, le patient a subi sans succès un essai de dénervation par radiofréquence au niveau cervical moyen à droite, chose qui est aussi inhabituelle, compte tenu surtout de l'investigation qui a été effectuée, d'après nos renseignements « lege artis ».

Aujourd'hui, le patient a des plaintes inchangées par rapport à celles de la première évaluation de 2005 ; il se dit totalement incapable de travailler et cela dans n'importe quelle profession.

Il poursuit un traitement par AINS. Le médecin-traitant, consulté par téléphone, pense quant à lui qu'une partie des troubles du patient sont en relation avec l'ancienne contusion cérébrale de 1986.

En conclusion nous sommes confrontés à un tableau atypique, où une distorsion cervicale suivie par des douleurs cervicales chroniques, est associée à des troubles qui peuvent modifier l'adaptabilité du patient à la douleur et à de nouvelles conditions de travail (la contusion cérébrale de

1986), ainsi qu'à des troubles d'origine non accidentelle, pouvant en eux-mêmes engendrer des douleurs d'origine périphérique (acromégalie).

Lors de la dernière visite du 23.6.2006, j'ai exprimé au patient le fait que, à mon avis, la relation entre l'accident de 2004 et son état actuel n'était que partielle et que j'allais très probablement maintenir mon évaluation de 50 % à la charge de l'accident et 50% à la charge de facteurs extra-traumatiques.

A la lumière du dossier actuellement en ma possession, je pense que cette évaluation est excessive: il y a en effet lieu d'admettre que l'accident ne joue qu'un rôle mineur sur l'incapacité de travail du patient (qu'il juge totale) et que les facteurs non accidentels jouent un rôle prépondérant.

Dès lors, on doit admettre qu'un tiers des séquelles actuelles sont en relation avec l'accident de 2004, deux tiers étant en relation avec l'accident de 1986 et les séquelles du syndrome acromégalique actuellement en voie de guérison."

Invité à se déterminer sur le point de savoir si les suites de l'accident du 29 avril 2004 donnaient lieu à des lésions organiques et si, le cas échéant, celles-ci avaient une influence sur la capacité de travail de l'assuré, le Dr L._____, de la CNA, a conclu dans un rapport établi le 4 octobre 2007 qu'à fin 2004, les douleurs n'étaient plus qu'en relation de causalité possible avec l'accident litigieux, l'intéressé ne présentant plus, à cette date, des séquelles accidentelles entraînant une diminution de la capacité de travail.

C. Par décision du 19 avril 2007, la CNA a informé l'assuré que le versement des prestations d'assurances prendrait fin au 30 avril 2007 au soir.

Q._____ a formé opposition, qui a été rejetée par décision de la CNA du 23 mai 2007. En bref et pour l'essentiel, l'établissement d'assurance a nié toute relation de causalité entre l'accident et les troubles ressentis par l'intéressé au-delà du 30 avril 2007.

D. Le 25 juin 2007, Q._____ a recouru contre la décision précitée auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud. Il a conclu à la réforme de la décision entreprise en ce sens que la CNA est tenue de lui allouer des prestations d'assurance au-delà du 30 avril 2007, une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Dans sa réponse déposée le 21 septembre 2007, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision du 23 mai 2007.

Dans le cadre de l'instruction de la cause, le juge instructeur a soumis le rapport du Dr L. _____ au Dr H. _____. Dans un courrier du 4 février 2008 à la cour de céans, ce dernier a exposé ce qui suit:

"J'ai pris connaissance de l'appréciation du Dr L. _____ de la SUVA, datée du 04.04.2007 et j'ai, d'autre part, revu le dossier de M. Q. _____ qui se trouve en ma possession.

J'en viens aux considérations suivantes:

Il existe dans l'argumentaire du Dr L. _____ une contradiction de fond: en effet, il admet que l'appréciation du Dr X. _____ du 29.04.2004 est fondée. Le Dr X. _____ décrit des séquelles du traumatisme subi par M. Q. _____ selon les critères de "Québec Task Force" (QTF, Spitzer et al. 1995). D'ores et déjà, le confrère de la SUVA admet que l'accident a produit une lésion organique initiale (en fait un syndrome cervical).

Quelques paragraphes plus bas (page 3), le Dr L. _____ dit que "normalement, les plaintes des patients régressent en quelques semaines ou en quelques mois".

En fait, la monographie de Spitzer décrit une évolution différente : si effectivement, une majorité de patients est guérie en quelques semaines ou en quelques mois, une minorité (de l'ordre de 25%) continue à présenter une incapacité de travail jusqu'à une année après le traumatisme lui-même. De plus, le travail de Spitzer ne décrit pas l'évolution du point de vue clinique. Enfin, sa catamnèse ne va pas au-delà d'une année d'évolution.

D'autres travaux prospectifs comme ceux de Radanov (basés sur un collectif de patients vus à l'Inselspital de Berne) permettent de mettre en évidence que les symptômes post traumatiques subsistent dans un nombre significatif de patients (environ 1/3) au-delà de 6 mois.

On ne comprend donc pas très bien pour quelle raison le Dr L. _____ dit, sans ambages, qu'il n'y a pas de séquelles organiques de l'accident. Qu'en est-il de la lésion organique initiale (un syndrome cervical) qu'il admet pourtant ? Autrement dit, que signifie organique pour le Dr L. _____ ?

Enfin, l'appréciation du confrère est uniquement basée sur des dossiers, sans même avoir vu M. Q. _____.

A mon avis il s'agit d'une situation complexe dans laquelle des facteurs extra traumatiques jouent un rôle majeur. De plus, ces facteurs sont évolutifs (l'acromégalie est soignée). Enfin, mon appréciation d'août 2006 se base sur une évaluation clinique de juin 2006 : je n'ai pas pu examiner le patient depuis lors.

Il y a donc lieu d'admettre qu'en juin 2006 il existait encore une composante post-traumatique, suite d'une lésion organique initiale qui joue un rôle chez M. Q. _____.

Il est probable qu'aujourd'hui l'impact de l'accident et de ses conséquences organiques, ainsi que l'impact des facteurs extra traumatiques (l'acromégalie) aient encore évolué.

En conséquence, je propose que jusqu'en août 2006, l'accident soit considéré comme totalement (initialement) et partiellement (en 2006) responsable des plaintes du patient. A partir d'août 2006, on pourrait considérer que les facteurs extra traumatiques jouent un rôle tellement important que l'accident n'a plus d'impact sensible à ce moment-là."

Le 26 novembre 2008, le juge instructeur a sollicité du Dr H. _____ qu'il procède à un nouvel examen clinique du patient. Dans un rapport complémentaire du 3 juin 2009, ce praticien a conclu que les douleurs résiduelles basi-cervicales à caractère mécanique avaient été déclenchées par le traumatisme et empêchaient le patient d'assumer avec ses membres supérieurs des charges supérieures à 20 kg qu'impliquent notamment quotidiennement le travail d'installateur sanitaire à plein temps. Compte tenu de facteurs extra-traumatiques, une incapacité de 50 % dans ce métier était, de l'avis de ce médecin, admissible.

Dans des déterminations du 29 juin 2009, le recourant a déclaré se rallier aux conclusions de l'expert. Quant à l'intimée, elle a maintenu sa position exprimée jusque-là dans ses écritures.

E n d r o i t :

1. a) 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 (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 58 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme, est recevable.

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance, notamment l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. Q._____ estime qu'au vu de l'ensemble des circonstances, la responsabilité de l'assureur-accidents reste engagée au-delà du 30 avril 2007.

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a précité).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne

permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

En résumé, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a précité; 122 V 157 consid. 1c et les références; TF 9C_113/2008 du 11 novembre 2008 consid. 4.2).

Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 cons. 3c; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

b) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle.

Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte.

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 p. 341 sv.; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 sv., consid. 3b). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181; 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2e éd., n° 79, p. 865).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406).

Si l'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 de l'assuré 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; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 80 p. 865).

En matière de lésions au 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 tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 335 sv. consid. 2; 117 V 359 sv. consid. 4b).

L'existence de lésions au rachis cervical doit être confirmée par des données médicales fiables. Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se manifestent (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 6.1 avec d'autres références).

3. En l'occurrence, le recourant reproche à l'intimée d'avoir écarté les conclusions de l'expertise du Dr H. _____ du 7 novembre 2005, au profit de celles contenues dans le rapport établi le 4 avril 2007 par le Dr L. _____, de la CNA et celui du Dr P. _____, médecin-conseil de l'assurance responsabilité civile de l'auteur de l'accident (cf. pièce 142 du dossier CNA). Se référant au rapport du Dr H. _____, le recourant soutient qu'il existe un lien de causalité entre l'accident du 29 avril 2004 et les atteintes physiques dont il se plaint.

a) Dans son expertise du 7 novembre 2005, le Dr H._____ a estimé que les troubles ressentis par le recourant n'étaient qu'en relation de causalité partielle avec le traumatisme subi. Il est ainsi d'avis que le lien de causalité existe si on tient compte du fait que les douleurs prédominantes sont en relation avec les articulations zygo-apophysiales et cervicales médianes à droites C4-C5 et C5-C6 et que, lors de l'accident, ces structures ont été vraisemblablement lésées, avec comme constatation un syndrome cervical et des douleurs qui, subjectivement, ont été ressenties à ce niveau. En revanche, le Dr H._____ estime que le rapport de causalité doit être nié si l'on tient compte du fait qu'une partie de douleurs ont une composante centrale et le fait que l'anesthésie des structures périphériques impliquées - zygo-aphophysiales - ne le libère pas totalement de ses douleurs. De même, selon ce spécialiste, le rapport de causalité n'existe pas si une partie des troubles est mise en relation plutôt avec le dysfonctionnement central antérieur (la contusion cérébrale) et plus éventuellement avec un dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire (cf. expertise, p. 13).

Les divers examens radiologiques effectués à la suite de l'accident subi par Q._____ n'ont pas montré les lésions évoquées par le Dr H._____ pour retenir l'existence d'un lien de causalité. Ainsi, dans son rapport du 17 juin 2004 à la CNA, le médecin de la Policlinique T._____ a précisé que le CT-scan avait infirmé la suspicion de tassement C6. De même, le Dr X._____, dans son rapport du 25 juin 2004, a souligné que ni les radiographies, ni le scanner ne mettaient en évidence une lésion traumatique osseuse. Enfin, selon le rapport de sortie de la CRR du 27 août 2004, l'examen neurologique ne met en évidence aucune anomalie et l'examen neuropsychologique montre des troubles dysexécutifs modérés qui semblent en lien avec le traumatisme crânien sévère subi en 1986. Cela étant, les conclusions émises par l'expert H._____ ne sont qu'une hypothèse, qui n'est pas confirmée par les divers documents radiologiques existants. On peut tout au plus admettre, comme le Dr P._____, l'existence de lésions de l'appareil musculo-tendineux qui ont largement eu le temps, en l'absence d'une instabilité, de se soigner en l'espace de quelques mois (cf. pièce 142 du dossier CNA, p. 2 i. f.). On relèvera au

demeurant que les appréciations de la capacité de travail du recourant par l'expert sont peu claires. On ne comprend en effet pas pour quelles raisons, tant dans sa première expertise que dans ses compléments, il retient une incapacité de travail totale ni comment il retient, pour les seules suites de l'accident, 50 % d'incapacité de travail puis 30 % jusqu'à fin 2006.

Dans son rapport établi le 4 avril 2007, le Dr L._____, de la CNA, a quant à lui constaté que, d'un point de vue neurologique, le recourant ne présentait plus de séquelles accidentelles à la fin de 2004. Il a expliqué que les douleurs de l'assuré résultaient, avec la plus grande vraisemblance, de l'acromégalie diagnostiquée en cours d'investigation, laquelle était sans relation de causalité adéquate avec l'accident. Le rapport du Dr L._____ se base sur le dossier complet du recourant et a été établi en pleine connaissance de la situation de ce dernier et du contexte médical. Son appréciation et ses conclusions sont claires et motivées. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'en écarter, cela d'autant que son appréciation est également partagée par d'autres praticiens, notamment le Dr X._____, neurologue, qui est le premier spécialiste à avoir examiné l'assuré et qui, dans un rapport du 13 octobre 2004, a clairement confirmé l'absence de répercussion de l'accident sur la capacité de travail de ce dernier.

Au vu de ces avis médicaux, il convient de nier tout lien de causalité naturelle entre les troubles physiques du recourant et l'accident du 29 avril 2004, cela sans qu'il soit nécessaire de procéder à une instruction complémentaire, les rapports précités étant suffisamment motivés et convaincants.

b) Cela étant, on peut laisser ouvert le point de savoir si le recourant présentait encore, dès le 30 avril 2007 - date à laquelle la CNA a mis fin à ses prestations -, des symptômes dus à un traumatisme cervical de type «coup du lapin», ou s'il s'agit d'atteintes à la santé sans rapport avec ce traumatisme, mais uniquement dues à des atteintes dégénératives et à des facteurs d'ordre psychosomatique. En effet, même

si l'on tenait pour établie l'existence d'atteintes à la santé en relation de causalité naturelle avec le traumatisme cervical survenu le 29 avril 2004, il conviendrait de nier, dès le 1er mai 2007 au plus tard, l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre ces atteintes et l'événement assuré.

ba) En cas d'atteinte à la santé (sans preuve de déficit organique) consécutive à un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme cranio-cérébral, auxquels une atteinte psychique se surajoute, la jurisprudence distingue, pour apprécier le caractère adéquat du rapport de causalité, selon l'importance de l'atteinte à la santé psychique.

Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, ne sont pas relégués au second plan par une atteinte psychique comme en l'espèce on applique par analogie les mêmes critères que pour une atteinte psychique, mais avec certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 10.3; TF 8C_406/2009). Ces critères pour un accident de gravité moyenne sont désormais formulés de la manière suivante:

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

A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type "coup du lapin", il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré

sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 sv. consid. 3b).

bb) En l'espèce, l'accident n'a pas été particulièrement impressionnant (le véhicule du recourant a subi une accélération [Δv] inférieure à 10), ni dramatique et n'a pas entraîné de lésion physique particulière. Quant à l'intensité des douleurs, elle est due en majeure partie à l'acromégalie. Par ailleurs, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical, ni de complications particulières. En d'autres termes, seul le critère de l'incapacité de travail de longue durée semble rempli en l'espèce, ce qui est insuffisant pour admettre un rapport de causalité adéquate entre les symptômes dont souffre le recourant et l'accident subi. C'est à juste titre, dans ces circonstances, que la CNA n'a pas alloué ses prestations à Q. _____ au-delà du 30 avril 2007.

4. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

**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 23 mai 2007 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Eduardo Redondo, avocat (pour Q. _____),
- Me Marc-Etienne Favre, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- 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 :