

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 septembre 2009

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : MM. Neu et Dind
Greffière : Mme Trachsel

* * * * *

Cause pendante entre :

M. _____, à Bex, recourant, représenté par Me Aba Neeman, avocat, à
Monthey,

et

SUVA (ci-après : la CNA ou la caisse), à Lucerne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. M. _____, marié, est né le 4 janvier 1975. Ancien chef d'équipe dans une entreprise de construction générale, il bénéficie des prestations de l'assurance-chômage depuis le mois de novembre 2004. De ce fait, il est assuré auprès de la CNA contre les accidents. Le 20 décembre 2005, l'intéressé a été victime d'un accident de la circulation. L'automobile qu'il conduisait a glissé sur du verglas, a quitté la route, effectué des tonneaux, puis s'est immobilisée au bas d'un talus. Le jour-même de l'accident, l'intéressé a consulté le Dr F. _____, médecin traitant, qui a diagnostiqué une contusion à l'épaule gauche avec éraflures, des plaies au cuir chevelu et des dorsalgies post-traumatiques. Ce dernier a attesté une incapacité de travail de 100 % du jour de l'accident au 1^{er} janvier 2006. Le praticien estimait la fin du traitement et la reprise du travail au 2 janvier suivant. Se plaignant de cervicalgies et de douleurs au niveau des deux épaules, l'assuré l'a consulté une nouvelle fois, le 7 février 2006. Ce dernier lui a prescrit deux fois six séances de physiothérapie. Le 14 mars 2006, souffrant spécialement de dorso-lombalgies, il a consulté à nouveau, ce qui a motivé la mise en œuvre d'examens radiologiques.

Dans un rapport du 9 mai 2006, les médecins de la Clinique de rhumatologie de l'Hôpital C. ont relevé l'existence d'un syndrome cervical avec omalgie bilatérale chronique prédominant dans le contexte d'un syndrome polyalgiforme après un traumatisme mineur. Des examens radiologiques ont permis d'exclure la présence d'une macro instabilité ou d'autres problèmes statiques pouvant entrer dans le cadre d'un syndrome cervical. Ils notent que le patient ne semble pas très motivé pour recommencer le travail mais qu'il est prêt à le faire si on lui enlève ses douleurs. Au niveau somatique, ils sont d'avis que la reprise d'une activité professionnelle à plein temps est exigible.

Lesdits troubles ont fait l'objet d'une annonce à la caisse.

Par lettre informelle du 4 juillet 2006, la CNA a refusé d'allouer des prestations d'assurance à l'intéressé au-delà du 2 janvier 2006, dans la mesure où, selon les renseignements en sa possession, le lien de causalité entre l'accident du 20 décembre 2005 et les troubles actuels annoncés, n'était, depuis cette date, ni avéré, ni probable. Les frais de traitement et l'incapacité de travail en relation avec ces atteintes ont été assumés par les assureurs-maladie de l'assuré.

Dans un courrier du 5 décembre 2007, l'intéressé a demandé à la CNA de prendre en charge une facture de l'Hôpital C., faisant valoir que son cas relevait bien de l'assurance-accidents. La CNA n'a toutefois pas donné suite à cette requête et n'a dès lors plus pris aucune facture en charge, ce, pour les raisons évoquées dans sa lettre du 4 juillet 2006.

Dans un rapport médical du 20 février 2008, le médecin traitant a indiqué qu'aucun traitement concernant les suites de l'accident du 20 décembre 2005 n'était actuellement en cours, que son patient l'avait consulté en date des 20 décembre 2005, 7 février, 14 mars et 4 avril 2006 et que la capacité de travail était entière depuis le 2 janvier 2006.

B. La CNA a procédé aux mesures d'instructions utiles ; elle a requis le dossier de l'assurance-invalidité (AI) dont il ressort notamment :

- la demande de prestations AI remplie par l'assuré lui-même, qui a été déposée le 12 avril 2007, et dans laquelle il a indiqué présenter des atteintes de type maladif, soit des lombosciatgies chroniques et une hernie discale L5-S1. Il y sollicite l'octroi de mesures de reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente AI ;

- une communication de l'OAI du 8 octobre 2007, allouant une aide au placement ;

- un rapport médical du 2 mai 2007 du Dr F._____, faisant état de lombosciatalgies bilatérales chroniques et d'une hernie discale L5-

S1, existant depuis le mois de juin 2006. Ce médecin retient également l'existence d'une hernie hiatale avec oesophagite stade II et un côlon irritable, atteintes toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Il préconise un stage d'observation AI dans le but de déterminer le genre d'activité encore envisageable pour l'assuré ;

- un rapport de l'Hôpital [...] établi le 9 juin 2006 par la Dresse N._____, cheffe de clinique et le Dr P._____, médecin chef, qui retiennent le diagnostic principal de trouble somatoforme et proposent un suivi psychiatrique ambulatoire. Ces spécialistes précisent que l'assuré présente depuis 2002, des douleurs musculaires et articulaires diffuses associées à une fatigue et une anhédonie. L'anamnèse actuelle démontre des douleurs de la nuque, des épaules et au niveau lombaire. Ils notent que le patient se plaint d'une douleur abdominale et de serrements thoraciques aux deux bases sous forme de lancées. En outre, un état de fatigue prédominant le matin, sans troubles du sommeil, un manque d'appétit avec légère perte de poids et absence du goût pour la nourriture sont également constatés ;

- une expertise médicale du 18 juillet 2007 effectuée par le Dr S._____, pour le compte du Groupe Mutuel (caisse-maladie) lequel rend compte d'un syndrome dorso-lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (status post-hernie discale L5-S1 en 2006 en voie de résolution) et d'une diminution du seuil de tolérance à la douleur (polyinsertionite). L'expert observe que l'évolution, d'abord lentement favorable, a été caractérisée par la persistance de cervicalgies et de dorsalgies interscapulaires. L'intéressé a bénéficié d'un traitement de physiothérapie passive avec mobilisation et massages de l'épaule gauche. En mars 2006, l'assuré a signalé la réapparition, sans facteur traumatique déclenchant, de douleurs au niveau dorso-lombaire. Une radiographie de la colonne dorsale et lombaire a été effectuée le 22 mars 2006 ; elle a démontré une légère scoliose et un cyphose dorsale. La présence d'une discopathie L5-S1 est relevée. L'intéressé a consulté plusieurs médecins, l'évolution de l'état de santé étant caractérisée par la persistance de la symptomatologie douloureuse. Le 15 septembre 2006,

l'assuré a bénéficié d'une infiltration épidurale qui n'a pas apporté d'amélioration de cette symptomatologie. Une seconde infiltration a été proposée mais celle-ci a toutefois été récusée par l'intéressé. Une IRM lombaire a été effectuée le 20 février 2007 et a montré une régression de la hernie para-médiane L5-S1 gauche observée sur l'IRM du 24 juin 2006. Elle montre également une protrusion discale médiane L5-S1 avec signe dégénératif au niveau disque L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'un canal lombaire discrètement étroit. Du point de vue digestif, l'assuré signale, depuis 2002, des douleurs abdominales diffuses. L'expert relève encore que l'assuré a cessé son activité professionnelle en juin 2005, puis a touché les prestations de l'assurance-chômage et que son médecin traitant lui a octroyé un arrêt de travail dès le 26 juin 2006. Une reprise d'activité de paysagiste s'est soldée par un échec après deux semaines.

Le Dr Z. _____, médecin-conseil de la CNA, à qui ces éléments ont été soumis a, le 3 avril 2008, procédé à une appréciation médicale de la situation. Il a retenu que les troubles de la colonne vertébrale, qui ont motivé la reprise d'un traitement dès le mois de février 2006, n'étaient pas en relation de causalité naturelle, pour le moins probable avec l'accident du 20 décembre 2005. Il a reconnu que l'accident n'avait entraîné que de simples contusions ; en effet, ce n'est que le 22 mars 2006, soit trois mois après l'accident, que des radiographies de la colonne dorso-lombaire ont été effectuées. Elles n'ont pas démontré de lésion traumatique, mais seulement des troubles statiques modérés et une discopathie L5-S1. Ce n'est qu'en été 2006 qu'une symptomatologie radiculaire a été reconnue, conduisant à pratiquer un IRM. Or, dans ce genre de situation, il indique que le status quo sine est atteint au plus tard après six mois, à condition que l'on admette que l'accident ait décompensé un état antérieur pathologique, jusque là peu ou pas symptomatique. Dans le cas de l'intéressé, il soutient que l'absence de mise en œuvre d'examens complémentaires avant le 14 mars 2006 et d'attestation d'incapacité de travail avant le 26 juin 2006, rend cette hypothèse de décompensation peu vraisemblable. De surcroît, selon le médecin, s'agissant essentiellement de troubles subjectifs, sans grand

substrat anatomopathologique démontrable, du moins à l'époque, l'assureur-accidents ne doit pas les prendre en charge.

La CNA a notifié, le 10 avril 2008, une décision formelle, par laquelle elle a confirmé son refus d'allouer des prestations, motif pris que les problèmes dorsaux ayant motivé la reprise d'un traitement médical dès le 7 février 2006 ne sont pas en relation de causalité probable avec l'accident du 20 décembre 2005.

Le 8 mai 2008, par courrier de son avocat, l'intéressé s'est opposé à cette dernière décision, concluant à sa modification, dans le sens que les troubles dont il souffre depuis le 2 janvier 2006, sont en relation de causalité avec l'accident du 20 décembre 2005. Il relève qu'au moment de l'accident déjà, il présentait des troubles statiques et une discopathie L5-S1, de sorte qu'il a bel et bien décompensé un état antérieur pathologique existant.

Par décision sur opposition du 6 juin 2008, la SUVA a maintenu ses conclusions, constatant d'une part, que les douleurs dorsales subies lors de l'accident étaient peu importantes dès lors qu'aucun contrôle radiologique n'avait été ordonné et, d'autre part, que l'intéressé a consulté son médecin traitant en date du 7 février 2006, cette fois-ci en raison de cervicalgies et d'omalgies et que ce n'est que lors d'un premier contrôle radiologique le 22 mars 2006 que des troubles statiques de la colonne dorsale et lombaire, des séquelles d'une maladie de Scheuermann au niveau dorsal, ainsi qu'une discopathie L5-S1, sans lésion osseuse ont été mis en évidence. La CNA a fondé, pour l'essentiel, son argumentation sur les conclusions du son médecin d'arrondissement.

C. M. _____ a recouru contre cette dernière décision le 9 juillet 2008, concluant à son annulation, respectivement à la prise en charge du cas tant sous l'angle des indemnités journalières que sous l'angle de la rente. Il fait valoir que son incapacité de travail actuelle est en rapport de causalité adéquate avec l'accident du 20 décembre 2005, dès lors que celui-ci n'était pas, comme le soutient la CNA, de faible gravité (la voiture

ayant effectué plusieurs tonneaux) mais aussi puisqu'au moment de l'accident, il présentait déjà des troubles statiques ainsi qu'une discopathie L5-S1, de sorte que ce dernier a bel et bien décompensé un état antérieur pathologique existant.

Dans ses déterminations du 18 septembre 2008, la CNA, se référant à sa décision sur opposition, a maintenu ses conclusions, tout comme le recourant, par acte du 4 novembre suivant.

Les parties ont renoncé à la tenue d'une audience.

E n d r o i t :

1. a) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, est immédiatement applicable dans la présente cause (art. 117 al. 1 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).

b) La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté le 9 juillet 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée du 6 juin 2008, reçue le 9 juin suivant par le recourant, le recours est recevable en temps utile. Il est en outre recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]).

2. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si les troubles dorsaux dont souffre le recourant sont en relation de causalité avec l'accident du 20 décembre 2005, partant, s'ils relèvent bien de l'assurance-accidents.

a) En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

Le droit aux prestations de l'assurance-accidents 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1 et les références citées).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade

où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (statu quo sine) (TF 8C_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3). 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 » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341ss ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408s. 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 (TF 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 2.2).

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).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas, l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 134 V 109 consid. 2.1 ; TF 8C_268/2008 du 16 février 2009 consid. 2.4).

b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à

une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a p. 138 et les références). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008, consid. 3.2.2).

c) Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid 3a p. 352, TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

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 ; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF

125 V 351, consid. 3b/cc et les réf.; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il convient cependant de 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, consid. 5.2).

d) En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1). Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut 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 en cours de guérison et les complications importantes ;

- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite 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 de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409).

3. Le recourant demande que la CNA prenne en charge son cas tant sous l'angle des indemnités journalières que sous l'angle de la rente, dès lors que ses troubles constituent les suites de l'accident du 20 décembre 2005. Il soutient par ailleurs qu'au moment de l'accident, il souffrait déjà de troubles statiques ainsi que d'une discopathie L5-S1, de sorte qu'un état antérieur pathologique préexistant a été décompensé.

a) La décision litigieuse est fondée sur l'appréciation du médecin d'arrondissement de la CNA, qui retient que les troubles ressentis par le recourant ne constituent pas la conséquence probable de l'accident du 20 décembre 2005. En effet, l'accident n'a manifestement entraîné que de simples contusions, ce que le médecin traitant admet du reste dans son rapport du 18 janvier 2006, puisque d'une part, il n'a pas jugé utile d'effectuer un contrôle radiologique et que, d'autre part, il a fixé le terme du traitement au 2 janvier 2006. Ainsi, ce n'est que le 22 mars 2006, soit trois mois plus tard, que des radiographies de la colonne dorso-lombaire ont été effectuées. Elles n'ont pas démontré de lésion traumatique, mais seulement des troubles statiques modérés et une discopathie L5-S1. Une IRM du 24 juillet 2006 a confirmé la présence d'une hernie discale paramédiane gauche L5-S1.

Dans son appréciation détaillée du 3 avril 2008, le Dr Z._____ a retenu que les troubles de la colonne vertébrale de l'assuré, qui ont motivé la reprise du traitement dès le mois de février 2006,

n'étaient pas en relation de causalité naturelle pour le moins probable avec l'accident du 20 décembre 2005, tout en niant que ce dernier ait décompensé un état antérieur pathologique. De l'avis de ce spécialiste en traumatologie, l'absence de mise en œuvre d'examens complémentaires avant le 14 mars 2006 et d'attestation d'incapacité de travail avant le 26 juin 2006 rend cette hypothèse de décompensation peu vraisemblable. Force est dès lors d'admettre qu'il n'existe, en l'espèce, aucun élément permettant d'avoir un doute sur le bien-fondé de l'avis convaincant et motivé de ce médecin. Partant, il convient de lui reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence précitée.

De surcroît, au regard des pièces du dossier AI, et particulièrement de la demande de prestations AI du 12 avril 2007, l'atteinte doit être reconnue comme étant d'origine malade. En effet, le recourant explique lui-même que celle-ci est bel et bien préexistante à l'accident du 20 décembre 2005, et que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement. Le lien de causalité naturelle doit donc être nié pour cette raison également, les troubles d'origine malade étant du ressort de l'assurance-maladie.

b) Finalement, il résulte du rapport d'expertise du Dr S._____ que les troubles invoqués par le recourant ne sont pas entièrement explicables sur le plan organique et qu'il existe une composante psychique (diagnostic de « polyinsertionite »). Le rapport de l'Hôpital [...] rend par ailleurs compte de trouble somatoforme douloureux. Selon la jurisprudence, comme on l'a vu plus haut, le lien de causalité adéquate, lorsque l'accident subi doit être qualifié de moyen à la limite inférieure, n'est admis que lorsque plusieurs critères objectifs sont remplis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409).

En effet, les circonstances de l'accident ne sauraient être qualifiées de dramatiques ou de particulièrement impressionnantes. Les lésions subies par le recourant ne sont pas particulièrement graves et il n'apparaît pas à la lecture du dossier qu'il aurait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des

séquelles de l'accident. Le traitement médical n'a pas été particulièrement pénible et a consisté pour l'essentiel en une médication antalgique et en séance de physiothérapie. La durée de l'incapacité de travail était peu importante de sorte qu'on ne saurait admettre un rapport de causalité adéquate entre les symptômes dont souffre le recourant et l'accident du 20 décembre 2005.

4. a) Dans la mesure où le lien de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes à la santé du recourant et l'accident n'est pas établi, c'est à juste titre que la CNA a refusé d'octroyer des prestations au-delà de la date de fin du traitement, soit après le 2 janvier 2006. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise du 6 juin 2006.

b) La procédure devant la Cour des assurances sociales en matière d'assurance-accidents est gratuite, il n'y a donc pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD).

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée du 6 juin 2008 est confirmée
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Aba Neeman, à Monthey (pour M. _____) ;
- SUVA, à Lucerne ;
- Office fédéral de la santé publique, à Berne ;

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 :