

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 décembre 2010

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Gutmann et Schmutz, assesseurs  
Greffière : Mme Trachsel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représenté par Me Pascal Gilliéron, avocat,  
à Lausanne,

et

**X.** \_\_\_\_\_, **COMPAGNIE D'ASSURANCES SA**, à Lausanne, intimée,

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** O. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1961, a été employé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 comme chauffeur par la Z. \_\_\_\_\_ SA, à Renens. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels, selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), auprès de la X. \_\_\_\_\_, compagnie d'assurances SA (ci-après : l'assurance intimée ou l'intimée).

**B.** Le 24 août 2007, vers 8h00, alors qu'il était sur l'autoroute au volant du véhicule de livraison de l'entreprise (Opel Omega), O. \_\_\_\_\_ a été victime d'un accident de la circulation. Le rapport de gendarmerie décrivait ainsi les circonstances de l'accident :

" O. \_\_\_\_\_ circulait entre Morges-Est et l'échangeur d'Ecublens, sur la voie gauche et files parallèles. Au vu de la forte densité du trafic, il ralentit. Alors qu'il était quasiment à l'arrêt, l'arrière de son Opel a été heurtée par l'avant de la Peugeot conduite par F. \_\_\_\_\_, lequel circulait à 100km/h et suivait l'auto de M. O. \_\_\_\_\_ à une distance de 25 mètres, soit largement insuffisante pour circuler en file. Suite au choc, l'auto de M. F. \_\_\_\_\_ termina son embardée sur la bande d'arrêt d'urgence, l'avant direction Lausanne. Quant à celle de M. O. \_\_\_\_\_, elle stoppa sur la voie gauche, dans la même direction."

Le gendarme auteur du rapport a relaté ces circonstances sur la base des déclarations des deux conducteurs impliqués, aucun témoin n'ayant été identifié. A propos des blessures, ce dernier mentionnait que O. \_\_\_\_\_ souffrait de douleurs au dos et à la nuque, et qu'il avait été transporté au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV). Il n'a pas été fait état de blessures chez l'autre conducteur. Le rapport indiquait que le véhicule conduit par O. \_\_\_\_\_ était endommagé à l'arrière et disloqué ; quant à l'autre véhicule (Peugeot 306), il avait l'avant enfoncé et était hors d'usage.

**C.** Le service des urgences du CHUV a rempli, après l'examen du patient, la formule « fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cérébral », qui a été transmise à l'assurance intimée. Le diagnostic provisoire, selon la classification Quebec Task Force, était une distorsion cervicale de degré I (douleurs de nuque

avec douleurs/raideur, ou uniquement douleurs, pas de signes somatiques) ; il était noté des contusions lombaires et du poignet gauche. L'assuré avait pu rentrer chez lui le jour même. Une incapacité de travail de cinq jours avait été attestée. L'intimée a pris en charge les suites de l'accident (frais médicaux, indemnités journalières).

**D.** L'assuré a ensuite consulté le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, à Lausanne, lequel a prolongé à plusieurs reprises la durée de l'incapacité de travail. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré, qui se plaignait de cervico-dorso-lombalgies insomniantes, au Dr R.\_\_\_\_\_, neurologue à Lausanne, lequel a rédigé un rapport le 28 septembre 2007. Il relevait qu'une IRM cervicale du 21 septembre 2007 montrait une hernie discale médiane et paramédiane à gauche C5-C6 sans autre lésion. Ce spécialiste n'a remarqué « aucune autre anomalie objective à l'examen neurologique détaillé » et estimait « hautement vraisemblable, selon l'expérience, qu'il y ait déjà eu une pathologie dégénérative sous-jacente, non symptomatique, révélée par l'accident ».

Le 28 novembre 2007, l'intimée a informé l'assuré que, d'après son médecin-conseil, une reprise du travail était envisageable à 50 % à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2007, et à 100 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008. L'assurance a néanmoins encore demandé un rapport aux médecins de l'Hôpital [...], à Lausanne (CHUV, département de l'appareil locomoteur), qui avaient été sollicités par le Dr R.\_\_\_\_\_ pour donner un avis chirurgical. Le 21 janvier 2008, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants : cervico-dorso-lombalgies chroniques dans un contexte de déconditionnement physique, mais surtout psychique ; troubles dégénératifs C5/C6 avec sténose cervicale ; suspicion de PTSD [Posttraumatic Stress Disorder]. Il a en outre répondu « *non* » à la question : « *les lésions sont-elles dues uniquement à l'accident* ».

Le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin généraliste à Lausanne et médecin traitant de l'assuré, a adressé à l'intimée un rapport médical intermédiaire du 28 février 2008, où il mentionnait notamment l'introduction d'un traitement antidépresseur et anxiolytique, associé à de l'antalgie. Il

retenait un important tableau de rachialgies diffuses, avec blocage cervical complet et plaintes polymorphes. Il émettait un pronostic réservé à propos de la reprise du travail. L'assuré n'avait du reste pas repris son activité auprès de l'entreprise qui l'employait.

L'assurance intimée a demandé au Dr D. \_\_\_\_\_, neurologue à Lausanne, d'effectuer une expertise médicale. Ce médecin a déposé son rapport le 17 mars 2008, qui comportait les passages suivants :

"Toujours selon tes dires du patient, le tableau actuel aurait débuté une semaine après l'événement assuré. Il s'agit d'un tableau subjectif très atypique, avec nette prédominance des cervicalgies, mais qui irradie dans l'ensemble du rachis, aux deux membres supérieurs, aux deux membres inférieurs jusqu'aux genoux, avec paresthésies associées, vertiges, troubles du sommeil.

Au status, d'un strict point de vue neurologique, il n'y a pas d'anomalie significative, en particulier pas de syndrome médullaire, ni radiculaire. Par contre, le patient est très plaintif, semble très souffrant, à la marche, et à la moindre mobilisation. L'importance du syndrome cervical, caractérisé par une nuque pratiquement non mobilisable, ne peut être expliquée par des éléments purement organiques.

Sur le plan paraclinique, les examens radiologiques ne permettent pas d'expliquer un tel tableau. La présence d'une protrusion discale C5-C6 médiane et paramédiane gauche documentée par IRM, ne pourrait expliquer au plus qu'un syndrome cervical habituel, associé à une brachialgie gauche. A noter par ailleurs qu'au status il n'y a pas de syndrome radiculaire C5 ou C6 gauche.

En conclusion, ce patient présente au tout premier plan un tableau atypique, caractérisé par un syndrome douloureux diffus et une sensation vertigineuse, de nature fonctionnelle, associé éventuellement par une discrète composante de cervicalgies liées à des troubles dégénératifs documentés, à savoir une protrusion discale C5-C6 médiane et paramédiane gauche,

Si l'on tient compte des circonstances de l'accident, il ne fait pas de doute qu'elles sont remplies pour engendrer un syndrome cervical post-traumatique par distorsion cervicale (de degré II selon la Quebec Task Force 1995). Toutefois, bien que la question du temps de latence écoulé entre l'accident et la première manifestation des symptômes et sujette à discussion dans le cadre des traumatismes cervicaux, on s'accorde de manière générale à reconnaître qu'un temps de latence dépassant 72 heures ne permet plus d'admettre l'origine traumatique des troubles déclarés (Expertise Médicale, édition Médecine et Hygiène, page 31). De plus, bien que les manifestations cliniques du Whiplash associated disorders soient très polymorphes, l'intensité des plaintes de l'assuré, et les répercussions objectives, avec douleurs et grimacements à la moindre mobilisation, est inhabituelle, et évoque davantage une surcharge psychogène.

Dans les suites de l'événement, l'assuré a probablement présenté un état de stress post-traumatique, mais actuellement cet aspect du tableau ne semble plus réellement présent.

Compte tenu d'un tableau essentiellement psychique à l'heure actuelle, il convient de donner une valeur relative à la "condition sine qua non" nécessaire pour établir un rapport de causalité naturel entre l'événement assuré et le tableau actuel. En effet, dans le cas de l'assuré, on a l'impression que les suites psychiques sont liées essentiellement au vécu de l'accident, et plus particulièrement par l'intermédiaire du rapport de police, plus qu'à l'événement accidentel lui-même, qui est à l'origine des plaintes actuelles.

[...]

Du point de vue des conséquences de l'accident, à quelle date le status quo ante peut-il être considéré comme rétabli?

Compte tenu de ce qui précède, on ne peut retenir de diagnostic de distorsion cervicale. Dès lors, sur la base des documents à disposition, on ne peut retenir qu'une contusion lombaire et du poignet gauche. Si l'on tient compte qu'il a présenté de manière surajoutée un syndrome de stress post-traumatique, le status quo ante peut être considéré comme rétabli au plus tard trois mois après l'événement assuré.

L'incapacité de travail est-elle toujours justifiée? Si oui, jusqu'à quand et à quel taux ?

Oui, à 100 %, pour une durée indéterminée (liée à l'événement assuré jusqu'au 24.11.2007 et depuis lors pour cause maladie).

[...]"

**E.** Le 17 avril 2008, l'assurance intimée a communiqué à l'assuré une décision fixant au 31 décembre 2007 la date de la fin de son intervention. Cette décision retenait, sur la base de l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_, qu'au-delà d'une période de trois mois (jusqu'au statu quo ante/sine), il n'y avait pas de rapport de causalité entre les troubles dont se plaignait l'assuré et l'accident et que le cas relevait donc de l'assurance-maladie dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

L'assuré, désormais représenté par un avocat, a formé opposition à cette dernière décision, en faisant valoir notamment que l'avis d'un médecin psychiatre devrait être requis.

L'assurance intimée a chargé le Dr H.\_\_\_\_\_, psychiatre à Yverdon-les-Bains, de réaliser une expertise. Ce spécialiste a déposé son rapport le 18 octobre 2008. Il indiquait, en particulier, que l'assuré ne présentait pas une pathologie dépressive véritable, ni une pathologie

anxieuse. Il excluait un trouble du stress post-traumatique et le chapitre « diagnostic et conclusions » de son rapport était ainsi libellé :

"Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons pour l'assuré en question uniquement la notion psychiatrique de:

**- Facteurs psychologiques ou comportementaux, associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (F. 54 CM-10).**

On signale dans ce terme diagnostic une souffrance qui existe en parallèle à des problèmes somatiques mais sans pour autant remplir les critères d'un diagnostic psychiatrique véritable. Ceci fait également dans le diagnostic différentiel contraste à la notion d'une simple « majoration » de symptôme pour des raisons psychologiques et sociales (F 68.0).

Ce terme est en même temps strictement subordonné à ce qui a été déterminé sur le plan physique ; nous n'avons ici aucune raison de nous écarter des conclusions des confrères."

**F.** L'assurance intimée a rendu le 8 janvier 2009 une décision rejetant l'opposition de l'assuré et confirmant sa première décision du 17 avril 2008. Pour trancher la question de la causalité, elle s'est référée aux conclusions des experts médicaux, les Drs D. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_.

**G.** Le 9 février 2009, l'assuré a déposé un recours contre la décision sur opposition du 8 janvier 2009. Il demande à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'annuler cette décision et de prononcer que l'assurance intimée est tenue de prendre en charge l'atteinte à la santé présentée actuellement comme conséquence de l'accident du 24 août 2007, le dossier lui étant renvoyé pour fixation des prestations. Il prétend, en substance, que les conditions prévues par la jurisprudence pour reconnaître l'existence de la causalité en matière de distorsion cervicale, sont remplies et que l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ est inutilisable. Le recourant soutient en outre que la problématique du statu quo sine vel ante, au cas où l'on ne retiendrait pas un traumatisme de type « coup du lapin », ne peut pas être résolue sans expertise judiciaire multidisciplinaire. Il requiert également une expertise médicale destinée à déterminer l'origine de la hernie discale.

Dans sa réponse du 26 mars 2009, l'assurance intimée conclut au rejet du recours.

Le recourant a confirmé ses conclusions dans une réplique déposée le 6 mai 2009. L'assurance intimée s'est déterminée le 28 mai 2009, en se référant à sa réponse.

Le recourant a produit le 4 novembre 2009 un rapport du Prof. N.\_\_\_\_\_, gastro-entérologue à Lausanne. Il s'était soumis auprès de ce spécialiste, le 19 octobre 2009, à un examen dénommé oesogastroduodénoscopie, par lequel il a été diagnostiqué une hernie hiatale. Le recourant requiert que le Prof. N.\_\_\_\_\_ soit interpellé sur la question du lien de causalité entre les troubles gastro-oesophagiens, qui entraînent d'importantes douleurs abdominales, et l'accident.

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

**1.** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents selon la LAA. Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). En l'espèce, le recours, formé en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**2.** Le recourant prétend à des prestations de la part de l'assurance intimée, en faisant valoir que celles-ci sont dues en vertu de la LAA dans la mesure où les atteintes à la santé dont il souffre auraient été causées par l'accident du 24 août 2007. Il soutient principalement qu'il a été victime d'un traumatisme de type « coup du lapin » (ou « whiplash »). Il soutient par ailleurs qu'une atteinte distincte, la hernie discale C5/C6 aurait une origine traumatique. Enfin, dans sa dernière écriture, le recourant soulève la question du lien de causalité entre l'accident et une hernie hiatale.

**a)** 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. 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. 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, 402 consid. 4.3).

**b)** Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (cf. Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 80 p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Cela étant, en matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9, TF 8C\_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 2.2 et les références).

**c)** Le droit à des prestations d'assurance suppose également, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. En cas d'atteinte à la santé physique,

ce rapport de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi. En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il 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. 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 au cours de la guérison et des 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, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa).

En cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique. L'examen de ces critères est toutefois effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques. Par ailleurs, toujours en rapport avec l'appréciation du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de type «coup du lapin» et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique, le Tribunal fédéral a précisé dans l'arrêt publié aux ATF 134 V 109, consid. 10, que le critère faisant référence au traitement médical était rempli en cas de traitement prolongé spécifique et pénible, que les douleurs prises en considération devaient revêtir une certaine intensité et que l'incapacité de travail devait être importante, en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (cf. aussi TF 8C\_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 3.2 et les références).

Nonobstant ce qui précède, il convient notamment d'appliquer la jurisprudence publiée aux ATF 115 V 133 et 403, en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident apparaissent clairement comme une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de type «coup du lapin», un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 9.5).

**3. a)** L'accident n'a pas été décrit très précisément dans la décision attaquée. Il y est mentionné que le véhicule du recourant, immobilisé en raison d'un bouchon, a été percuté par l'arrière par un autre

véhicule qui semble-t-il arrivait à grande vitesse. Dans sa réponse au recours, l'assurance intimée relève que le second véhicule a également freiné, après que celui du recourant avait freiné énergiquement, et que la vitesse au moment de l'impact n'était plus aussi élevée que les 100 km/h indiqués dans le rapport de gendarmerie. Le dossier ne contient pas une description détaillée des deux véhicules après l'accident. Il apparaît toutefois que les deux conducteurs sont sortis eux-mêmes de leur automobile, et que les blessures subies par le recourant (contusions) n'étaient pas graves, tandis que l'autre conducteur n'a pas eu de blessures notables.

En principe, une collision par l'arrière est un mécanisme propre à provoquer un traumatisme de type « coup du lapin ». Du reste, le centre des urgences du CHUV a posé un diagnostic provisoire de traumatisme d'accélération de degré I, selon la classification de la Quebec Task Force. Cela étant, il n'est pas nécessaire de décrire l'accident de manière plus détaillée, par des déductions. On ne saurait cependant, comme le fait le recourant, qualifier le choc de « particulièrement violent », avec comme conséquence une destruction « totale » des deux véhicules, qui lui conférerait un degré de « gravité largement supérieur à la plupart des cas qui occupent traditionnellement les tribunaux en matière de coup du lapin ». A l'évidence, le degré de gravité est moindre.

Cela étant, pour prétendre à des prestations de l'assurance intimée après le 31 décembre 2007, le recourant n'invoque pas uniquement les principes applicables en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique, car il fait aussi mention de deux atteintes objectivées : une hernie discale et une hernie hiatale.

**b)** S'agissant de la hernie discale C5/C6, son origine a été qualifiée de dégénérative - c'est-à-dire non traumatique - dans les différents rapports médicaux figurant au dossier (rapports des Drs R.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, expertise du Dr D.\_\_\_\_\_). Cela n'est mis en doute par aucun autre médecin. Au demeurant, la jurisprudence retient que, selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales

s'insèrent dans un contexte d'altérations des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (cf. TF 8C\_659/2007 du 27 mars 2008 consid. 3.1). Ces conditions pour admettre un caractère accidentel ne sont pas remplies en l'occurrence, au degré de la vraisemblance prépondérante, vu les rapports médicaux disponibles. D'autres investigations médicales à ce propos ne sont pas nécessaires.

**c)** Il n'y a aucun indice dans le dossier - au regard notamment des plaintes du recourant, se rapportant à des douleurs dorsales et non pas dans la région de l'estomac - dans le sens que la hernie hiatale, atteinte de la partie supérieure de l'estomac (protrusion dans le thorax d'une partie de l'estomac), serait une conséquence de l'accident litigieux. Cette atteinte, distincte de celles examinées dans la présente affaire, n'a du reste, semble-t-il, pas été annoncée à l'assurance comme une séquelle de l'accident. Le Prof. N.\_\_\_\_\_ n'a lui-même pas évoqué une origine traumatique de cette atteinte dans son rapport médical. Le rapport de causalité peut être exclu d'emblée, dans le cadre de la présente contestation, et il n'y a pas lieu, à ce stade, d'ordonner à ce propos des mesures d'instructions complémentaires.

**4.** Afin de déterminer si l'assurance intimée est tenue à des prestations après le 31 décembre 2007 sur la base de la jurisprudence applicable en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique, la première question à résoudre - qui relève de l'examen de la causalité naturelle - est celle de savoir si un traumatisme de type « coup du lapin » est diagnostiqué ou établi. La jurisprudence retient, à ce propos, un tableau clinique caractéristique : des plaintes multiples, des maux de tête

diffus, des vertiges, des troubles de la concentration et de la mémoire, des nausées, une fatigabilité accrue, des troubles de la vue, une irritabilité, une altération de la sensibilité, une dépression et une modification de la personnalité. Par ailleurs, les douleurs cervicales doivent nécessairement se manifester dans un délai de 72 heures après l'événement accidentel pour que l'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle avec ce dernier. Enfin, le mécanisme accidentel doit être propre à provoquer de tels troubles (cf. ATF 117 V 359 consid. 4b ; Jean-Michel Duc, La jurisprudence des assurances sociales concernant les traumatismes cervicaux, RSAS 2008 p. 58). Ce tableau clinique a également décrit par le Dr A. \_\_\_\_\_, neurologue, dans son article « Les syndromes cervicaux post-traumatiques par distorsion cervicale, ou Whiplash-Associated Disorders », publié dans l'ouvrage « L'expertise médicale », vol. II (Editions Médecine & Hygiène, Genève 2005), aux pp. 98 ss (« les manifestations cliniques et leur origine présumée »). Selon toute vraisemblance, c'est à cet article scientifique que se réfère l'expert Dr D. \_\_\_\_\_ (en dépit d'une indication erronée du numéro de page).

En l'occurrence, l'expert D. \_\_\_\_\_ mentionne un tableau atypique ainsi que des manifestations cliniques inhabituelles. En d'autres termes, il ne retient pas l'existence du tableau clinique précité, notamment à cause du « temps de latence » excessif pour l'apparition des douleurs à la nuque et au dos (cervicalgies irradiant dans l'ensemble du rachis), les plaintes et atteintes ayant débuté une semaine après l'accident. Le Dr D. \_\_\_\_\_ s'est prononcé en fonction des critères jurisprudentiels précités et on ne voit pas de motif de considérer que son appréciation de la situation, sur le plan médical, serait erronée. Les autres rapports médicaux - notamment celui du centre des urgences du CHUV - ne font pas état de troubles particuliers survenus directement après l'accident. Il s'ensuit qu'en excluant un rapport de causalité naturelle après la date proposée par l'expert D. \_\_\_\_\_ pour le *statu quo ante vel sine*, trois mois après l'accident, l'assurance intimée n'a pas constaté les faits de manière contraire au droit fédéral. Il faut du reste relever que l'assurance a mis fin ultérieurement à ses prestations, ce qui revient concrètement à admettre que la solution, plus favorable au recourant,

consistant à fixer le *statu quo ante vel sine* après quatre mois aurait aussi été défendable, de son point de vue.

**5.** Quoi qu'il en soit, même dans l'hypothèse où l'on aurait admis, à une date plus éloignée de l'accident que celle prise en considération par l'assurance intimée, que subsistait un lien de causalité naturelle, les conditions jurisprudentielles pour conférer un caractère adéquat au lien de causalité ne seraient pas réunies.

L'accident litigieux entre dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Il n'y a pas d'éléments, dans le dossier, pour considérer qu'il se trouverait, objectivement, à la limite de la catégorie des accidents graves (cf. supra, consid. 3a ; à propos des catégories d'accidents, cf. notamment Frésard/Moser-Szeless, op. cit., p. 869/870).

Il est clair, dans le cas particulier, que la plupart des critères ne sont pas réalisés (cf. supra, consid. 2c ; cf., pour une analyse détaillée de la portée de ces critères, ATF 134 V 109 consid. 10.2). Comme l'expose l'assurance intimée dans sa réponse, l'accident n'a pas eu objectivement – selon toute probabilité – un caractère particulièrement impressionnant et il n'y a pas de contexte particulièrement dramatique. Les lésions subies par le recourant, soignées aux urgences du CHUV, n'étaient ni graves ni particulières. Le recourant n'a pas dû être soumis à un traitement médical lourd, spécial et de longue durée ; il n'a pas dû subir des erreurs dans le traitement médical, ni des complications significatives dans le processus de guérison. En somme, sans qu'il y ait lieu d'examiner plus avant les différents critères, on doit retenir que les conditions de la causalité adéquate ne sont pas réunies.

En outre, il résulte du rapport de l'expert psychiatre qu'il n'y a pas lieu d'effectuer une autre approche sur le plan médical, en l'absence de véritables atteintes à la santé psychique.

**6.** Il résulte des considérants que l'assurance intimée n'a pas violé les règles du droit fédéral, en particulier celles sur le rapport de

causalité, en fixant le moment de la fin de ses prestations. Il s'ensuit que le recours, en tous points mal fondé, doit être rejeté.

Le rejet du recours entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 janvier 2009 par la X.\_\_\_\_\_, compagnie d'assurances SA 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 :

- Etude de Me Pascal Gilliéron, avocat (pour O.\_\_\_\_\_)
- X.\_\_\_\_\_, compagnie d'assurances 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).

La greffière :