

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 décembre 2014

---

Présidence de      Mme    THALMANN  
Juges    :      Mme Dessaux et M. Merz  
Greffière    :      Mme    Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.Y.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

**G.**\_\_\_\_\_ [...], à [...], intimée, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne.

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

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

**A.** A.Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le [...] 1957, était employé par la société P.\_\_\_\_\_ SA à [...]. Par l'intermédiaire de cet employeur, il était assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) auprès de la G.\_\_\_\_\_ [...] (ci-après : la G.\_\_\_\_\_).

Par déclaration d'accident du 12 mars 2007 transmise par l'employeur, l'assuré a annoncé que le 3 mars 2007, vers 15 heures, il avait eu un accident de ski qu'il a décrit comme suit : « *A ski [j]’ai tapé le ski gauche dans une gonfle, suivi d'un vol plané sur le dos et j'ai atterri sur la tête* ».

Dans un rapport du 27 avril 2007, la Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a diagnostiqué des cervicalgies aiguës post-traumatiques. Elle a indiqué en outre ce qui suit :

### **"Eléments d'anamnèse :**

Il s'agit d'un patient de 50 ans, en bonne santé habituelle, qui a fait une chute à ski le 03.03.2007 à haute vitesse, avec un choc en arrière sur la tête et le haut du dos. M. A.Y.\_\_\_\_\_ a possiblement eu une brève perte de connaissance de quelques minutes. Immédiatement après le choc, M. A.Y.\_\_\_\_\_ a eu de violentes céphalées. Il a pu néanmoins redescendre à ski jusqu'à son lieu de vacances. Le 04.03.2007, M. A.Y.\_\_\_\_\_ a de nouveau skié, avec toutefois d'importantes céphalées. Le 05.03.2007, il a repris le travail. Toutefois, le soir même, en raison d'importantes céphalées et de cervicalgies inaugurales accompagnées d'un blocage, il s'est présenté aux urgences de traumatologie du Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_. Les radiographies effectuées, restées au Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_, n'ont pas démontré de fracture. Les médecins du Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_ lui ont remis un traitement antalgique, anti-inflammatoire et myorelaxant, avec un arrêt de travail d'une semaine. Sous ces traitements, les céphalées ont progressivement disparu. Toutefois, M. A.Y.\_\_\_\_\_ présente toujours d'importantes cervicalgies, de caractère mécanique. Celles-ci augmentent à la mobilisation et diminuent au repos. Elles irradient vers le rachis dorsal haut. Elles sont également déclenchées par l'éternuement et la déglutition. La nuit, il existe des douleurs aux manœuvres de retournement. Il n'y a jamais eu d'irradiation dans les membres supérieurs.

[...]

**Appréciation :**

M. A.Y.\_\_\_\_\_ présente donc des cervicalgies aiguës post-traumatiques, de caractère mécanique.

A l'examen clinique, on relève une importante limitation de la mobilité du rachis cervical et des douleurs à la palpation des régions para-vertébrales cervicales et dorsales hautes. Il n'y a pas de déficit neurologique des membres supérieurs. Les radiographies de la colonne cervicale et dorsale du 05.03.2007 n'ont pas démontré de fracture ni de trouble dégénératif. Vu la normalité du status neurologique des membres supérieurs, il n'y a actuellement pas d'indication à compléter le bilan par une IRM cervicale.

Sur le plan thérapeutique, j'ai proposé à M. A.Y.\_\_\_\_\_ de poursuivre son traitement médicamenteux. Je lui ai prescrit 9 séances de physiothérapie, sous forme de massages décontractants, d'étirements musculaires et d'apprentissage d'exercices à faire à domicile. J'ai recommandé à M. A.Y.\_\_\_\_\_ d'arrêter de porter sa collerette mousse la journée et de reprendre ses activités normales à domicile.

Concernant son activité professionnelle, il me paraît justifié de poursuivre l'incapacité de travail à 100 % jusqu'à mi-mai 2007, afin de permettre à M. A.Y.\_\_\_\_\_ d'entreprendre la physiothérapie. Une reprise à 50 % devrait alors être possible."

Dans un rapport du 23 mai 2007 consécutif à un contrôle effectué le jour même, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a précisé qu'après huit séances de physiothérapie active, l'assuré signalait une diminution des douleurs et une amélioration de la mobilité de la nuque et qu'il persistait des exacerbations douloureuses, sous forme d'une douleur cervicale basse en barre, lors des mouvements brusques. Elle a estimé que l'évolution était progressivement favorable sous un traitement conservateur et a précisé avoir convenu avec l'assuré d'une reprise à 50% le 1<sup>er</sup> juin 2007, puis à 100% le 1<sup>er</sup> juillet 2007.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin interniste consulté par l'assuré depuis le 9 mars 2007, a indiqué ce qui suit dans un rapport du 31 mai 2007 :

"[...]

2. Le 03.03.07 le patient évoque avoir skié à grande vitesse ; doit subitement éviter un enfant qui croise sa trajectoire. Perd l'équilibre et heurte l'arrière de la tête sur une surface dure avec une certaine violence. Le patient ne signale pas de perte de connaissance mais

semble avoir pris au moins une quinzaine de minutes pour reprendre ses esprits. Il a pu continuer à skier pendant peu de temps, l'apparition de douleurs cervicales ainsi que des nausées le contraignant au repos.

3. L'état général ne s'est pas modifié dans toute l'évolution. Pas de suites de maladie ou d'autres accidents à envisager.

4. On palpe des contractures musculaires marquées sur toute la longueur des ceintures scapulaires ainsi qu'au niveau cervical ; la mobilité cervicale est surtout réduite dans les mouvements latéraux. Absence de toute symptomatologie radiculaire neurologique.

Constatations radiologiques : comme les radiographies du Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_ étaient restées introuvables et vu une évolution plutôt défavorable au départ, j'ai refait des clichés en date du 03.04.07 qui ont permis d'exclure des lésions osseuses ; quelques troubles dégénératifs non contributifs à cet événement.

5. Traumatisme crânio-cervical.

6. L'évolution s'explique par l'accident seul.

7. a) anti-inflammatoire, myorelaxant, antalgique.

b) vu l'évolution prolongée, j'ai adressé Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_ à un spécialiste en rhumatologie [...]."

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a expliqué en outre que l'incapacité de travail était totale dès le 6 mars 2007, qu'une reprise à 25% dès le 21 mars 2007 avait dû être interrompue dès le 30 mars 2007 pour exacerbation des douleurs et qu'une reprise du travail à 50% était agendée pour 1<sup>er</sup> juin 2007, une reprise totale devant pouvoir se faire dans six à huit semaines.

Dans un rapport médical intermédiaire du 20 juillet 2007, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a relevé une évolution lentement favorable avec diminution des douleurs et augmentation de la mobilité cervicale. Elle a en outre signalé des relations difficiles avec l'employeur selon l'assuré. Concernant le traitement, elle a proposé la poursuite de la physiothérapie et des adaptations du poste de travail. Elle a ajouté qu'il existait un risque de chronicisation de la douleur et a fait mention d'une reprise de travail à 25% depuis le 2 juin 2007 puis à 50% dès le 30 juillet 2007.

Le 18 septembre 2007, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'avec le traitement pratiqué, la mobilité de la colonne cervicale avait été nettement améliorée, tant en flexion-extension, en rotation et en inclinaison latérale, de même que la stabilité dynamique, la force musculaire et la résistance à l'effort. Elle a ajouté que l'assuré était responsable du service de la comptabilité, son activité consistant principalement en un travail à l'ordinateur et nécessitant une importante

concentration. Elle a mentionné que dès que la charge de travail augmentait, d'importantes contractures musculaires au niveau des trapèzes, des angulaires des omoplates et des paravertébraux apparaissaient, associées à des douleurs cervicales et que de ce fait, il lui paraissait souhaitable que l'assuré puisse poursuivre les séances de physiothérapie, jusqu'à ce qu'il ait retrouvé une capacité complète de travail.

La G.\_\_\_\_\_ a mandaté expert le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 26 octobre 2007, l'expert a notamment relevé les points suivants :

#### **"IV. APPRECIATION**

L'assuré est un homme de 50 ans, en bonne santé habituelle, très sportif, vendeur de profession, soumis depuis des années à un stress professionnel considérable, et ceci dans un contexte probable de mobbing. Il a été victime d'une chute à ski relativement violente le 03.03.2007, avec probable perte de connaissance brève. Dans les suites il a développé d'intenses céphalées et des cervicalgies. Les céphalées ont évolué assez rapidement favorablement, mais pas les cervico-dorsalgies qui persistent encore actuellement. Le bilan radiologique effectué a permis d'exclure une dislocation, ou une fracture-luxation de la région cervicale. Sur le plan neurologique, il n'a jamais présenté de complication. Compte tenu de ces éléments on est en mesure de conclure à un traumatisme crânio-cérébral mineur ou commotion cérébrale, associé à une probable distorsion cervicale de stade II (selon la Quebec Task Force 1995).

Malgré un traitement adéquat, l'évolution n'est que lentement favorable, avec encore actuellement, soit près de 7 mois après les faits, la persistance d'intenses douleurs, invalidantes, n'ayant pas permis la reprise de l'activité professionnelle à plus de 50%.

Objectivement, l'assuré apparaît comme une personne anxieuse, qui avoue un stress professionnel considérable. Au status on peut mettre en évidence des douleurs bien reproductibles à la palpation des groupes musculaires paracervicaux et de la ceinture scapulaire, mais il n'y a pas réellement de syndrome cervical. Pour le reste le status neurologique détaillé est normal, et en particulier permet d'exclure formellement un syndrome radiculaire aux membres supérieurs, ou une atteinte médullaire cervicale.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, nous estimons que ce patient a présenté une commotion cérébrale et une distorsion cervicale, dont l'évolution n'est pas favorable en raison de la survenue dans l'intervalle d'une décompensation psychique sur un mode anxieux, peut-être dépressif mais transitoirement, et ceci secondairement à un stress professionnel intense, subi depuis une dizaine d'années. Actuellement le tableau est caractérisé surtout par

des douleurs tensionnelles dans le cadre d'un état anxieux. Si l'on tient compte des circonstances accidentelles, de l'ensemble des éléments cliniques, radiologiques, précédemment décrits, le statut quo ante devrait être atteint après un délai de 6-8 mois, avec objectivement, en date de l'expertise, l'absence d'élément traumatique indiscutable.

Pratiquement, le traitement de physiothérapie et d'antidouleurs mérite d'être poursuivi. Le pronostic est probablement favorable, mais le patient avait besoin d'être rassuré. Je l'ai encouragé à reprendre son activité professionnelle, ce qu'il estime être en mesure de faire, psychiquement, dès le 01.01.2008. Dès lors, sur le plan asséurologique, la situation peut être considérée comme maladie jusqu'à cette échéance.

[...]

#### **4. Diagnostic exact ?**

- Status après traumatisme crânien mineur et distorsion cervicale de stade II après chute à ski le 03.03.2007.
- Cervicalgies chroniques et état anxieux dans le cadre d'un stress professionnel.

#### **5a. Les plaintes émises par le patient et les troubles constatés sont-ils dus de façon**

- certaine
- probable
- seulement possible
- exclue

#### **à l'accident assuré ? Comment motivez-vous votre réponse ?**

Il existe une vraisemblance prépondérante, soit une causalité probable à certaine entre les plaintes émises par le patient et l'accident assuré jusqu'à un délai de 6-8 mois après l'accident, soit au plus tard jusqu'à la date de l'expertise. Au-delà de cette date, la causalité est au maximum possible, ceci en raison du tableau actuel, qui correspond plus à des cervicalgies tensionnelles sur un état anxieux, ainsi que sur la base de l'anamnèse, des données objectives, cliniques et radiologiques.

#### **5b. Des facteurs étrangers à l'accident influencent-ils le cours de la guérison ? Si oui, lesquels et dans quelle mesure ?**

Oui, l'état anxieux, le stress professionnel, le tableau après probable état dépressif transitoire.

#### **6. Est-ce qu'un traitement médical serait susceptible d'améliorer l'état actuel ? Si oui, lequel et par qui ?**

Oui, par le médecin traitant de l'assuré, à savoir la Doctoresse L.\_\_\_\_\_. Le traitement actuel semble adéquat. Tout au plus, le traitement d'Efexor pourrait être éventuellement optimisé, en sachant que la venlafaxine a une activité antalgique à une dose relativement importante.

#### **7. Quelle est la capacité de travail actuelle à la suite de l'accident ? Si une incapacité de travail, même partielle, devait subsister, à partir de quand peut-on raisonnablement exiger de l'assuré qu'il reprenne complètement le travail ?**

Actuellement la capacité de travail n'est que de 50%, ceci jusqu'au 31.12.2007.

**8. Quelles sont les amplitudes fonctionnelles des cervicales ?**  
Complètes.

**9. Est-ce que l'état de santé actuel peut être considéré comme stabilisé ?**

Non.

**Sinon, dans quel délai le sera-t-il ?**

Fin 2007.

**10. Avez-vous d'autres informations à nous communiquer ?**

Il n'y a pas d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique ou mentale au sens de l'article 24 LAA."

Par décision du 8 novembre 2007, la G.\_\_\_\_\_ a informé l'assuré qu'il n'existait plus de rapport de causalité entre les troubles actuels et l'accident et mis un terme à ses prestations au 31 octobre 2007, décision contre laquelle l'assuré a fait opposition.

Le 19 novembre 2007, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a établi le certificat médical suivant :

"Le médecin soussigné certifie que Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_, né le [...].1957, est suivi à sa consultation de rhumatologie depuis le 25.04.2007 en raison de cervicalgies post-traumatiques (accident du 03.03.2007). L'évolution est progressivement favorable, Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_ ayant pu arrêter les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les myorelaxants, et débiter en physiothérapie de la musculation avec des poids de 20 kg. La seule médication est actuellement de l'Efexor 75 mg 1 comprimé par jour. Ce médicament a été commencé le 01.06.2007, après que Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_ a consulté en urgences, effondré et en larmes suite à l'échec de la reprise du travail le matin même à 50%. Le choix s'est porté sur cet antidépresseur parce qu'il est reconnu comme pouvant être aussi efficace dans le traitement des douleurs chroniques."

Dans un rapport du 27 novembre 2007, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a indiqué notamment que lors du contrôle du même jour, l'assuré avait dit présenté depuis début novembre 2007 des claquements musculaires cervicaux, des flashes d'étourdissement et des nausée. Il l'avait également informée avoir débuté un suivi chez la Dresse W.\_\_\_\_\_ (spécialiste en anesthésiologie) ; aussi la Dresse L.\_\_\_\_\_ avait-elle décidé d'un commun accord avec l'assuré de mettre un terme à sa prise en charge, étant

précisé que, sur le plan professionnel, elle n'avait pas prolongé le certificat d'incapacité de travail, le suivi à sa consultation étant terminé.

Dans un rapport du 30 novembre 2007, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de Whiplash syndrome avec Whiplash associated disorder stade II (Quebec Whiplash Task Force 1995), syndrome myofascial régional cervical et TMD joint syndrome. S'agissant de la reprise de travail, elle s'est référée à l'appréciation de la Dresse L. \_\_\_\_\_.

Aux termes d'une feuille accident LAA, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à 100% à compter du 30 novembre 2007.

D'un compte-rendu du 7 décembre 2007 établi par la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, il est ressorti qu'une imagerie par résonance magnétique [IRM] cervicale avait été effectuée le 6 décembre 2007 et avait montré une hernie disco-ostéophytaire paramédiane droite en C4-C5, sans amputation radiculaire sur la séquence myélographique. Une IRM lombaire avait en outre révélé des discopathies L4-L5 et L5-S1 modérées, ainsi qu'une protrusion discale L4-L5 médiane et légèrement paramédiane droite sans amputation radiculaire. Enfin, des radiographies standards de la colonne cervicale face et profil et colonne lombaire face et profil avaient mis en évidence des troubles statiques modérés et de discrets troubles dégénératifs.

Dans un rapport du 19 décembre 2007 adressé à la Dresse W. \_\_\_\_\_, le Prof. M. \_\_\_\_\_, neurochirurgien, a indiqué notamment ce qui suit :

"AFFECTION ACTUELLE :

Spontanément et en tout premier lieu, [l'assuré] déclare qu'il a tout le temps des vertiges, puis des fourmillements dans les mains, ensuite des picotements dans les membres, "peut-être dans les pieds ou dans les cuisses, n'importe".

Au niveau des mains, tous les doigts sont concernés. Il y a 2 semaines, il a eu d'énormes fourmis dans les deux mains.

Les vertiges ont débuté il y a 2 mois et il parle de "flashes d'étourdissement". Ces derniers surviennent de manière continue de pair avec les fourmillements.

Au début, il a eu également quelques douleurs à la nuque, mais depuis 3 mois, beaucoup moins, il est bien lorsqu'il est couché. Dès qu'il fait un effort intellectuel ou physique, les phénomènes susmentionnés apparaissent.

Le patient décrit aussi d'autres phénomènes dans sa tête.

#### OBJECTIVEMENT :

Le patient paraît bien.

Alors qu'il indique de violents vertiges subjectifs, on note des mouvements oculaires sp, sans nystagmus.

Les Romberg sont parfaitement stables.

La marche aveugle sur une ligne est également parfaite.

Il y a un discret syndrome cervical; tous les mouvements provoquent quelques douleurs postérieures à l'extrême.

Réflexes bicipital, radiopronateur et tricipital, faibles ddc, Trömner faible ddc, achilléen faible ddc, cutané plantaire en flexion ddc.

Manoeuvres de Phalen et de Tinel, négatives.

A l'examen sensitif à l'aiguille, le patient déclare qu'il ne sent pratiquement rien aux deux mains et dans tous les doigts, mais spontanément, il les utilise normalement.

La marche est sp.

[...]

#### APPRECIATION :

Dans ce cas, je n'ai pas pu poser de diagnostic neurochirurgical.

Le tableau clinique n'est pas très organique.

Radiologiquement, il n'y a que des discopathies mineures C5-C6 et moindres C4-C3 et C6-C7. En l'absence de brachiales, je ne propose pas d'autres investigations pour le moment.

La situation aurait été différente s'il y avait eu une symptomatologie radiculaire claire.

A ce stade, on s'en tiendra aux diagnostics que vous avez déjà évoqués, c'est-à-dire un de ces tableaux que l'on voit peut voir après "whi-plash" et un syndrome néo-facial."

Le 17 janvier 2008, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a indiqué que les symptômes présentés par l'assuré étaient en relation avec l'accident.

Dans un rapport d'expertise complémentaire du 29 janvier 2008, le Dr K. \_\_\_\_\_ a exposé notamment ce qui suit :

#### **"APPRECIATION**

Rappelons que l'assuré a été victime d'une chute à ski relativement violente le 03.03.2007 avec probable perte de connaissance brève.

Dans les suites il a présenté des cervico-dorsalgies persistantes. L'ensemble du bilan radiologique et clinique n'a pas mis en évidence de complication sévère. Sur la base de ces différents éléments, l'expertise médicale LAA mandatée avait conclu à un status après traumatisme crânien mineur et distorsion cervicale de stade II après chute à ski le 03.03.2007 et à des cervicalgies chroniques et état anxieux dans le cadre d'un stress professionnel. On estimait le stat[u] quo sine rétabli en date du 26.10.2007.

Dès lors, la G.\_\_\_\_\_, en tant qu'assureur LAA, a mis fin à ses prestations au 31.10.2007. La missive de l'assuré, adressée à la G.\_\_\_\_\_, avec copie aux différents intervenants, très quérulante, est quelque peu surprenante. En effet, en fin d'examen, le 02.10.2007, les conclusions de l'expertise ont été exposées à l'assuré, qui semblait les avoir bien compris et qui n'a manifesté aucun comportement revendicateur à ce moment.

Dans l'intervalle, il semble avoir développé des plaintes non réellement formulées au moment de l'expertise, à caractère de vertiges, de "flashes", associés à une exacerbation des paresthésies. Objectivement, un bilan sanguin a été effectué, qui en aucune manière n'apporte d'élément nouveau, parlant pour un lien de causalité entre l'événement assuré et les plaintes actuelles. De même, le bilan radiologique effectué le 06.12.2007, avec radiographies standards et IRM du rachis cervical et lombaire, mettent en évidence essentiellement des troubles statiques et dégénératifs, et ne mettent pas en évidence d'image d'une atteinte traumatique. Sur le plan neurologique le patient a été examiné le 19.12.2007 par le Professeur M.\_\_\_\_\_, qui décrit un status neurologique sans anomalie objective, et qui évoque un tableau clinique non organique.

En conclusion, les nouveaux éléments à disposition ne sont pas probants en faveur d'un lien de causalité naturelle entre l'événement assuré du 03.03.2007, et les plaintes actuelles. Il n'y a donc pas lieu de revoir les conclusions de l'expertise du 02.10.2007. Conformément à celle-ci, je confirme que le stat[u] quo sine peut être considéré comme rétabli en date du 26.10.2007."

Le 4 février 2008, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin conseil de l'assureur-accidents, a écrit à la Dresse W.\_\_\_\_\_ notamment ce qui suit :

"Je suis en possession, en tant que médecin conseil de la G.\_\_\_\_\_, des différents courriers que vous avez adressés à la G.\_\_\_\_\_, ainsi qu'une copie du courrier que vous avez adressé à la Protecta, ainsi que la copie du consilium du Prof. M.\_\_\_\_\_ du 19.12.2007.

Les documents à disposition me permettent de reconstituer que votre patient a subi un accident à ski le 3.03.2007. Le diagnostic de Whiplash syndrome avec Whiplash associated disorder stade II a été posé par la Dresse L.\_\_\_\_\_ et confirmé par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans son expertise du 26.10.2007. Suite à la prise en charge par la Dresse L.\_\_\_\_\_, une nette amélioration de l'état général est

décrite, si bien qu'une reprise du travail a pu avoir lieu le 1er juin 2007 à 50 %. Suite à cette reprise, M. A.Y.\_\_\_\_\_ a présenté un état d'effondrement psychique et des larmes, si bien que la Dresse L.\_\_\_\_\_ a été amenée à introduire un antidépresseur. L'état anxieux est confirmé par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans son expertise et également observé par le Prof. M.\_\_\_\_\_, dont l'examen ne révèle aucun signe neurologique d'anomalie et permet d'établir qu'il y a une présentation de symptomatologie attribuable à une surcharge psychique.

En conséquence, je ne peux retenir l'argument d'une causalité naturelle entre l'accident et la symptomatologie actuelle. Je recommande donc à la G.\_\_\_\_\_ de mettre un terme aux prestations pour suite de l'accident au 31.12.2007."

Par décision sur opposition du 19 février 2008, la G.\_\_\_\_\_ a maintenu son premier prononcé.

Le 28 février 2008, l'assuré a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité (AI).

Le 20 mars 2008, le Dr S.\_\_\_\_\_, radiologue au Centre PP.\_\_\_\_\_ à [...], a établi un rapport consécutif à une IRM fonctionnelle de la jonction craniale-cervicale. De la traduction française jointe à ce rapport, il est ressorti notamment ce qui suit :

**"Diagnosti[c] clinique:**

Syndrome du coup du lapin avec stade II d'un "W[h]iplash associated disorder" (selon la Quebec Whiplash Task Force 1995): Cervicalgies avec des blocages cervicaux, des vertiges, des douleurs dans le dos et les deux bras. Nombreux Trigger points dans la région cervicale, thoracique et lombaire.

[...]

**Interprétation:**

Signes de lésion de la membrane atlanto-occipitale postérieure de Grade I selon Krakenes. Altération partielle du signal du ligament alaire droit près de son insertion, compatible avec une lésion de grade I-II selon Krakenes, avec discrètes cicatrices au niveau des tissus mous avoisinants. Indices de dyskinésie lors de la rotation vers la droite, qui est néanmoins limitée de façon non-spécifique."

Par lettre du 1<sup>er</sup> avril 2008, la G.\_\_\_\_\_ a informé l'assuré que compte tenu du rapport précité, elle annulait sa décision du 8 novembre

2007 [recte : 19 février 2008] pour reprendre des investigations complémentaires.

Le même jour, l'assuré a notamment produit un rapport du 27 mars 2008 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie à [...], dont il résultait en particulier ce qui suit, selon la traduction française fournie par l'intéressé :

### **"Origine de l'accident et historique**

Le patient descendait une pente à ski vers 15 heures lorsqu'un snowboarder lui a coupé le chemin; le patient a dû faire u[n] mouvement brusque vers la gauche pour éviter la collision, qui s'est tout de même produite; le patient est violemment tombé en arrière, de la droite vers la gauche, sous l'effet d'un puissant mouvement de rotation du corps, et a frappé plusieurs fois le sol avec l'arrière de la tête et avec la partie temporale. Il a ensuite perdu conscience.

Lorsqu'on lui pose la question, le patient indique que la dernière chose qu'il voit dans son souvenir est le snowboarder et sa chute, et la première chose après son réveil est quelqu'un qui lui demande si ça va. Le délai entre ces deux images doit avoir été de trois minutes maximum; le patient a eu une amnésie de 3 minutes maximum.

Il n'a pas été blessé extérieurement.

La station était éloignée d'environ 300 m; il a pu s'y rendre à ski, il souffrait de très forts maux de tête; chaque pas était douloureux. Il est ensuite redescendu à l'hôtel avec le téléphérique. Les maux de tête ont continué la nuit; c'était un samedi. Le patient s'est rendu au Bancomat le dimanche; il sentait à nouveau de très forts maux de tête à chaque pas.

Retour à la maison le dimanche 04.03.2007. Le lundi 05.03.07, il a essayé de travailler - il avait beaucoup de travail - mais cela n'allait pas à cause de violents maux de tête et maux de cou, de douleurs qui se diffusaient dans l'épaule, d'un manque de concentration, etc. Il a travaillé jusque vers 16 heures. Le mardi, il est allé au travail vers 8 heures, mais cela n'allait pas du tout, il s'est alors rendu au service des urgences (Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_) où il a été examiné; on lui a fait des radios (qui sont introuvables) et on lui a donné une minerve.

La suite du traitement est due au médecin de famille, le Docteur Q.\_\_\_\_\_, avec des médicaments; il a aussi prescrit une physiothérapie.

[...]

### **Conclusion et procédures**

Le patient susmentionné a subi une chute à ski le 3 mars 2007, comme indiqué plus haut, avec commotion cérébrale avec brève perte de conscience et amnésie, pendant environ 3 minutes, avec

contusion à la tête, mais aussi avec mouvement réflexe de la tête et de la colonne cervicale avec distorsion équivalente de la colonne cervicale avec développement consécutif d'un syndrome cervical avec symptomatologie neurovégétative, et surtout avec une symptomatologie myofasciale massive. L'évolution a montré une amélioration sous thérapie. Après une incapacité de travail de trois mois, une reprise du travail à 25%, puis à 50% a été possible en tant que responsable financier d'une entreprise. La colonne cervicale est restée sensible aux sollicitations et présentait des bruits de craquement lors des mouvements. En septembre 2007; forte exacerbation des douleurs après un craquement nettement audible, avec développement de vertiges, d'une cervicobralgie à droite avec picotements; la situation a persisté, cependant le patient a pu travailler avec ses dernières forces jusqu'au 30.11.2007 (à 50%) jusqu'à ce que cela n'aille plus. Un traitement des trigger points sous anesthésie locale a permis d'améliorer la situation; en janvier 2008, les vertiges étaient en régression, cependant le traitement n'était pas terminé. Il a été envisagé une reprise limitée du travail (3 à 4 heures par jour) fin mars/début avril 2008.

Le patient présente aujourd'hui une symptomatologie myofasciale accentuée au niveau cervico-occipital, de l'épaule et de la région de l'omoplate avec de nombreux trigger points, comme indiqué plus haut; il y a en outre un nystagmus des deux côtés, plus fort à droite qu'à gauche. Un examen otoneurologique est indiqué en urgence"

Les Drs F.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, spécialistes en oto-rhino-laryngologie à [...], ont fait état de ce qui suit dans un rapport du 20 mai 2008, selon la traduction française produite par l'assuré :

### **"Diagnostics**

Vestibulopathie périphérique gauche (ICD 10 H81.3).

Vestibulopathie centrale (ICD 10 H81.4) liée à un accident de ski du 3 mars 2007 avec commotion cérébrale, contusion cérébrale, distorsion de la colonne cervicale, symptomatologie myofasciale.

### **Évaluation et procédures**

Dans le cadre de ses troubles persistants de l'équilibre, le patient se plaint principalement de vertiges survenant pendant les activités physiques, lorsqu'il tourne la tête, lorsqu'il marche et lors de la réalisation d'un travail demandant de la concentration. L'examen neurologique du 27 mars 2008 indique un nystagmus d'amplitude de secousse modérée, des deux côtés, plus marqué à droite qu'à gauche, révélé aux lunettes de Frenzel. Étant donné les symptômes subjectifs et les résultats objectifs de cet examen, une exploration otoneurologique était indiquée. Les questions qui se posent sont celles des résultats otoneurologiques, du pronostic et du lien de causalité avec l'accident.

L'exploration otoneurologique révèle une hypofonction de l'appareil vestibulaire périphérique à gauche. Le nystagmus spontané de premier et deuxième degré vers la droite qui l'accompagne confirme la pertinence du diagnostic de vestibulopathie périphérique.

Les signes de troubles fonctionnels centraux sont frappants. On doit signaler ici tout particulièrement le mouvement fortement saccadé du regard avec courbe sinusoïdale et l'inhibition insuffisante du nystagmus par fixation du regard sur fauteuil tournant.

Les observations objectives décrites de vestibulopathie centrale et périphérique sont très probablement liées à l'accident. Une vestibulopathie périphérique isolée liée à la pathologie n'est pas présente d'après notre expérience. On ne peut donc expliquer l'évolution de la maladie que par une combinaison de troubles fonctionnels périphériques et centraux. La latence du trouble de l'équilibre aigu apparaissant six mois après l'accident est certes longue ; néanmoins la lésion latente de la colonne cervicale peut expliquer tout naturellement ce temps de latence jusqu'à l'événement causal de position inclinée de la tête prolongée.

[...]

### **Examen vestibulaire**

L'examen a été réalisé dans l'obscurité complète avec lunettes vidéo infrarouge. Nystagmus spontané vers la gauche de premier ou second degré. Aux autres examens, ce nystagmus spontané n'est plus visible; il est à peine accentué après provocation par secousses de la tête. L'examen positionnel en position assise montre en partie le nystagmus spontané. L'examen positionnel en position couchée et les positionnements avec tête pendante sont normaux. Le test des saccades avec une période et une amplitude fixes et avec séquence aléatoire montre une légère hypométrie. Le mouvement de suivi du regard est fortement saccadé et suit une courbe sinusoïdale. L'optocinétique est normale du point de vue de l'écriture et du gain. Sur la chaise tournante, des nystagmus perrotatoires prompts peuvent être déclenchés. La fixation du regard ne permet pas d'inhiber suffisamment les nystagmus. Pas de prépondérance. Le test de nystagmus cervical sur chaise tournante ne montre aucun nystagmus. Le test calorique indique une hypofonction non significative de l'appareil vestibulaire périphérique à gauche. Pas de prépondérance notable. De ce point de vue, la lésion devenue détectable entre-temps à l'IRM fonctionnelle de la colonne cervicale est une observation importante. On constate en effet objectivement des lésions ligamentaires, et ce sont de fait ces lésions des ligaments de la colonne cervicale qui expliquent la relation physiopathologique entre l'accident et la vestibulopathie périphérique et centrale. Les déficits otoneurologiques détectés permettent le classement de la distorsion de la colonne cervicale en classe 3.

D'après notre expérience, on peut qualifier de typique les limitations des activités professionnelles décrites par le patient. On ne doit à l'heure actuelle pas tabler sur une amélioration rapide des capacités de travail."

Dans un rapport du 6 juin 2008, la Dresse W.\_\_\_\_\_ a mentionné ce qui suit :

"1.Le diagnosti[c] : Whiplash syndrome.

Whiplash associated disorder STADE III

Syndrome myofascial régional cervical et dorsal.

TMD syndrome.

Vestibulopathie périphérique gauche

Vestibulopathie centrale, liée à l'accident du 3.3.2007, avec une commotion cérébrale, la distorsion de la colonne cervicale et le syndrome myofascial. (Dr F.\_\_\_\_\_, l'examen du 24.04.2008 au 16.05.2008.)

IRMF démontre la lésion de la membrane atlanto-occipitale postérieure de grade I selon Krakenes. Altération partielle du signal du ligament alaire droit pr[è]s de la racine, lésion de grade I à II selon Krakenes.

Les lésions détectables à l'IRMF expliquent la relation physiopathologique entre l'accident et la vestibulopathie périphérique et centrale. Les déficits otoneurologiques détectés permettent le classement de la distorsion de la colonne cervicale en classe III.

Selon [le] Dr F.\_\_\_\_\_ (spécialiste de otoneurologie) [sic] on peut qualifier de typique les limitations des activités professionnelles décrites par le patient. On ne doit à l'heure actuelle pas tabler sur une amélioration rapide des capacités de travail.

Voir ce qui précéder, il serait souhaitable que M. A.Y.\_\_\_\_\_ puisse profiter d'un temps calme pour suivre le traitements intensif. Chaque situation stressante remet en question les résultats du traitement. (Voir la pathophysiologie du Whiplash, les changements neuroplastiques dans la moelle épinière et le cerveau."

Dans un rapport du 11 août 2008, le Dr A.\_\_\_\_\_, radiologue, a conclu que l'IRM cervicale effectuée le jour même montrait un status identique à celui du 6 décembre 2007.

Aux termes d'un rapport du 22 septembre 2008, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué notamment ce qui suit selon la traduction française versée au dossier par l'assuré :

**"Diagnostic :**

- Etat après traumatisme de distorsion du rachis cervical du 03.03.07
- Vestibulopathie périphérique droite
- Douleurs cervico-thoraciques myofaciales
- Discopathie cervicale C4/5 avec sténose paramédiane droite avec conflit possible C5

[...]

**Conclusion et procédure :**

Monsieur A.Y. \_\_\_\_\_ présente une symptomatique douloureuse persistante dans la région cervicale suite à une chute et un traumatisme de distorsion du rachis cervical en mars 2007. De plus, un examen précis montre une vestibulopathie périphérique gauche, ce qui a certainement eu aussi un effet néfaste sur le tableau évolutif. Le patient souffre actuellement de douleurs cervicales en fonction des mouvements, avec des paresthésies dans les deux mains dont la corrélation n'est pas évidente. Les douleurs cervicales peuvent peut-être être mises en relation avec une pathologie monosegmentale C4/5 avec aussi un début de sténose foraminale uncovertébrale du côté droit. Compte tenu de la chronicité des symptômes, je recommande des infiltrations ciblées des facettes des deux côtés au niveau C4/5, ainsi qu'une infiltration périradiculaire à droite au niveau C5. Monsieur A.Y. \_\_\_\_\_ souhaite que cette infiltration soit faite chez nous. Je vais donc prier aimablement nos neurologues de l'effectuer relativement rapidement. Ensuite, Monsieur A.Y. \_\_\_\_\_ nous entretiendra de l'évolution. La suite de la procédure sera discutée. A l'heure actuelle, il faut en outre effectuer des massages d'assouplissement au niveau cervical."

Le 20 octobre 2008, ce praticien a indiqué ce qui suit :

"L'infiltration que nous avons réalisée au niveau des facettes C4/5 et au niveau périradiculaire C5 gauche n'a eu absolument aucun effet sur les symptômes. Compte tenu de l'absence de réaction à cette infiltration avec une IRM par ailleurs discrète de la colonne cervicale, je ne peux pas proposer d'autres infiltrations, ni par conséquent d'opération neurochirurgicale. Les symptômes ne sont pas clairement explicables par la discopathie modérée révélée par l'IRM, et le pronostic concernant une opération n'est donc pas prévisible. Je regrette de ne pas pouvoir vous donner plus d'informations."

Le Dr A. \_\_\_\_\_ a adressé au Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, un rapport du 31 octobre 2008 qui mentionnait notamment ce qui suit :

"L'examen démontre une nette diminution de l'amplitude lors des flexions (ceci pour des raisons d'algie) et extension ainsi que lors des inclinaisons latérales. Il n'y a pas d'instabilité visible. Pas de lésion post-traumatique décelable. Pincement discal C4-C5. Facettes articulaires sans particularité."

Une expertise pluridisciplinaire a été effectuée par les Drs T. \_\_\_\_\_, J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, B. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et V. \_\_\_\_\_, spécialiste en otoneurologie, de la Clinique

Z.\_\_\_\_\_. Les experts ont examiné l'assuré au cours du mois d'octobre 2008 comme cela résulte en particulier des lettres des 14 et 23 octobre 2008 de celui-ci. Il résulte de leur rapport du 13 janvier 2009 notamment ce qui suit :

**"4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?**

- Status après traumatisme crânien mineur et distorsion cervicale lors d'une chute à ski le 3 mars 2007.
- Cervico-dorsalgies chroniques associées à des troubles dégénératifs.

**4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?**

- Trouble mixte de la personnalité de type paranoïaque, anankastique et narcissique (depuis l'âge adulte) (F61.0).
- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (depuis juillet 2007) (F68.0).

**DISCUSSION ET EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE**

Suite à leurs examens cliniques respectifs, les experts mandatés, le Docteur J.\_\_\_\_\_ (psychiatrie et psychothérapie), le Docteur T.\_\_\_\_\_ (chirurgie orthopédique), le Docteur B.\_\_\_\_\_ (neurologie) et le Docteur V.\_\_\_\_\_ (otoneurologie) se sont réunis pour une discussion pluridisciplinaire.

Nous sommes en présence d'un assuré de 51 ans qui a été victime d'une chute à ski le 3 mars 2007 avec un probable traumatisme crânien mineur et des douleurs cervicales. Aucune fracture ne sera mise en évidence. L'évolution sera rapidement défavorable avec persistance des cervicalgies qui vont s'étendre à toute la ceinture scapulaire, aux deux membres supérieurs et au rachis dorsal. Cette symptomatologie va s'associer à une limitation de la mobilité du rachis cervical, à l'apparition de fourmillements dans les mains et secondairement à des sensations vertigineuses décrites comme « ...des absences ». Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_ va bénéficier par la suite de multiples investigations et prises en charges médicales, sans amélioration significative des plaintes. Il n'a toujours pas repris d'activité professionnelle.

Dans le cadre d'un conflit asséculoologique, une expertise pluridisciplinaire est mandatée.

L'examen clinique orthopédique met en évidence une importante limitation de la mobilité de la colonne cervicale et une hypersensibilité de toute la musculature de la colonne cervicale, des épaules, des trapèzes et de la musculature paravertébrale dorsale jusqu'au niveau de L2, sans contracture musculaire ni amyotrophie. L'examen des articulations périphériques est sans particularité. Le bilan radiologique montre des troubles dégénératifs et une discopathie C4-C5 qui sont manifestement antérieurs à l'accident, mais qui ont pu être décompensés transitoirement par la chute à ski. Toutefois, le *statu quo sine* est considéré comme normalement

atteint douze à dix-huit mois après l'accident. A noter enfin que seul le diagnostic de distorsion cervicale par choc direct est retenu en l'absence de phénomène d'accélération-décélération, ce qui permet d'écarter un *whiplash syndrome*.

Au niveau neurologique, on confirme l'existence d'une trophicité musculaire normale, sans véritable déficit moteur, sensitif ou réflexe. Les paresthésies mentionnées ne semblent pas correspondre à un substrat organique bien clair. Il n'y a pas de signe d'atteinte des voies longues ni d'autre anomalie décelable. On retrouve un petit *nystagmus* épuisable, considéré comme physiologique. Les plaintes de l'assuré concernant ses sensations « ...*vertigineuses* » n'ont pas d'explication neurologique.

Un examen otoneurologique a donc été pratiqué. Le bilan ne révèle pas de *nystagmus* pathologique et ne retrouve aucun argument en faveur d'un trouble vestibulaire périphérique. Le seul élément observé est une diminution du réflexe vestibulo-collique gauche lors de l'examen des potentiels évoqués vestibulaires myogéniques (VEMPS) pouvant correspondre éventuellement à une lésion des voies efférentes suite à un traumatisme séquellaire de la charnière crano-cervicale. Cependant, il s'agit d'un problème bénin découvert fortuitement par des investigations spécialisées et qui n'explique pas les plaintes de l'assuré.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de pathologie dépressive ou anxieuse. Par contre, il existe un trouble de la personnalité mixte avec une composante paranoïaque, anankastique et narcissique. Une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (névrose de compensation) est fortement suspectée. Un syndrome de MUNCHHAUSEN n'est pas complètement exclu. Cet examen a été complété par un MMPI-2 qui est tout à fait éloquent sur les mécanismes possibles développés par l'assuré dans la situation présente."

Les experts ont en outre exposé que les cervico-dorsalgies chroniques ne représentaient qu'un rapport de causalité possible avec l'accident du 3 mars 2007 en raison de l'existence d'une cervicarthrose antérieure à cet accident et de la suspicion de majoration des plaintes, du reste confirmée par l'expertise psychiatrique. Sur les plans neurologique et otoneurologique, ils ont estimé qu'il n'y avait pas de substrat organique véritablement démontré aux plaintes émises par l'assuré. Au niveau psychiatrique, les troubles de la personnalité n'étaient pas en rapport avec l'accident de mars 2007, mais remontaient probablement au jeune âge adulte, la majoration étant bien secondaire à l'accident, mais n'étant pas une maladie. Toujours selon les experts, les facteurs étrangers influençant le cours de la guérison étaient liés d'une part à la présence de troubles dégénératifs préexistants, mais surtout à la recherche de bénéfices

secondaires sous forme d'une compensation financière aux suites de l'accident. Ils ont estimé que l'on pouvait évoquer dans ce cadre le diagnostic de névrose de rente. En outre, les troubles de la personnalité amplifiaient la majoration des symptômes, l'assuré adoptant une attitude histrionique avec recherche de l'attention d'autrui et présentant une tendance à se poser en victime et à adopter une attitude revendicatrice et quérulente. A cela s'ajoutaient enfin des préoccupations hypocondriaques marquées. Concernant le statu quo sine, les experts ont relevé qu'il n'y avait pas d'affection sur les plans neurologique et otoneurologique. Quant aux troubles psychiques, ils n'étaient pas liés à l'accident. S'agissant des cervico-dorsalgies chroniques, les experts ont retenu que l'on pouvait accepter une éventuelle décompensation douloureuse de l'état arthrosique antérieur, mais que normalement le statu quo sine aurait dû être atteint au plus tard douze à dix-huit mois après l'accident, le lien de causalité naturelle avec l'accident n'étant donc plus établi au moment de l'expertise. Ils ont ajouté que la persistance des plaintes suggérait une chronicisation des douleurs.

Les experts ont considéré l'état de santé comme médicalement stabilisé, la chronicisation des douleurs et la limitation de la mobilité du rachis cervical s'expliquant très vraisemblablement par des causes non organiques (irritation locale entretenue par des infiltrations itératives des trigger points, majoration des plaintes et problème de collaboration du patient en vue d'obtenir des bénéfices secondaires, aggravation inconsciente dans un contexte de troubles de la personnalité marqués, possible syndrome de Münchhausen).

Ils ont en outre indiqué ce qui suit :

**"7. QUELLE EST LA CAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE (QU'ELLE SOIT CONSECUTIVE A L'ACCIDENT DU 3 MARS 2007 OU QU'ELLE RELEVE DE PROBLEMES MALADIFS) ?**

Au niveau somatique, sur la base uniquement des constatations objectives réellement démontrées, on ne retient aucune incapacité de travail dans une activité légère, sans port de charges lourdes au-delà de 15kg, permettant d'alterner les positions, évitant les mouvements de contrainte répétitifs du rachis et les mouvements au-dessus de la ligne des épaules.

Sur le plan psychiatrique, il n'existe aucune incapacité de travail, en l'absence de diagnostic réellement incapacitant.

[...]

**Dans quelle mesure peut-on exiger de Monsieur A.Y. \_\_\_\_\_ qu'il exerce une autre activité professionnelle et quelles caractéristiques doit-elle avoir compte tenu de l'atteinte à sa santé (position assise et/ou debout, exclusion de certaines postures, limitation ou exclusion de certains gestes ou efforts, etc.). A quel taux pourrait-il travailler dans une telle activité ?**

Comme discuté à la question 7, une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement serait exigible dans toute activité adaptée en rapport avec les compétences de l'assuré et qui permet d'éviter les ports de charges lourdes au-delà de 15kg, les travaux pénibles de manutention, les mouvements de contrainte répétitifs du rachis et les mouvements au-dessus de la ligne des épaules. D'autre part, un travail favorisant une alternance régulière des positions est recommandé."

Par décision du 20 janvier 2009, la G. \_\_\_\_\_ a mis fin à ses prestations au 31 janvier 2009.

L'assuré s'est opposé à cette décision par écriture du 20 février 2009. Il a produit :

- une lettre du 15 février 2009 de la Dresse W. \_\_\_\_\_ dont la teneur est notamment la suivante :

"Voici les remarques et appréciations concernant l'expertise faite par la Clinique Z. \_\_\_\_\_.

Voici mes remarques :

**Page 48/104.**

Les plaintes de Monsieur A.Y. \_\_\_\_\_ sont correctement décrites.

**Page 49/104**

Monsieur A.Y. \_\_\_\_\_ déclare tirer un bénéfice de Trigger Points Therapy. Ceci est juste, c'est pour cette raison qu'il ne prend qu'occasionnellement son traitement antalgique. Professeur CC. \_\_\_\_\_ n'a pas réalisé plusieurs infiltrations, mais seulement deux, et ceci dans le but diagnostic n'est pas thérapeutique.

L'auteur conteste les travaux de Krakenes, sauf toutefois de citer les travaux scientifiques et à l'appui de cette affirmation.

**Page 50/104**

Docteur K. \_\_\_\_\_ explique l'évolution défavorable par une décompensation psychique, sans toutefois mentionner un examen psychologique effectué.

Expertise de l'appareil locomoteur.

**Page 58/104**

Points de fibromyalgie (Trigger Points) L'auteur confond les Trigger points avec les Tender Points. Les Tender Points font partie d'une fibromyalgie selon la désignation de American College des Rheumatologists, et ainsi c'est enregistré à l'OMS Organisation Mondiale de la Santé. Or les Trigger Points sont décrits dans le syndrome myofascial. Les Trigger Points diff[è]rent totalement des Tender Points du point de vue pathophysiologique. Le Trigger Point est l'endroit précis dans le muscle, il est témoin d'une activité altérée d'une jonction neuromusculaire (acetylcholin) il est aussi source d'une sécrétion continue de neuro transmitter de la douleur. Ces substances actives de nocicepteurs dans le muscle. (Simons DG.1909 ; Hubbard.DR.1903 ; Hong.CZ.1908).

#### **Page 59/104**

L'auteur de l'expertise utilise pour expliquer la pathologie de douleurs chroniques de Monsieur A.Y. \_\_\_\_\_ par la méthodologie des signes de Wadell modifié. Wadell, la première fois a publié les travaux en 1980, donc il y a exactement 29 ans. Depuis innombrables travaux ont été publiés à ce sujet. Plusieurs points : je vais mentionner ceux de Fishbain, (Pain 2003 décembre, Pain 2003 Juin)

This is a structured, évidence/Based rubiew of all available studies addressing the concept of no organic findings : Wadell signs.

- 1 - WSSs. do not correlate with psychological distress.
- 2 - WSs do not Discriminate organic from no organic problems.
- 3 - WSs may represent nan organic phenomenon.
- 4 - WSs are associated with poor treatment oitcom.
- 5 - WSs are associated with greater pain levels.
- 7 - As a Group WSs studies demonstrats some methodological problems. [sic]

Une méthodologie selon Wadell ne peut pas être utilisée dans le cas de Whiplash syndrome.

#### **Page 69/104**

Bien que le syndrome Whiplash a été décrit déjà pendant la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale, il y a exactement 64 ans, de nombreux travaux ont été publiés depuis (Sptizer.Wo.1905 ; Pearson.AM 2004 ; Teasel.LB.2002 ; De Leo.JA.2002 ; Bennett.GJ.2000 ; Rodriquez.A.2004)[.] Ces travaux mettent en évidence la neurophysiologie de la transmission de la douleur, NMDA récepteur. Whiplash syndrome est divisé en quatre stades selon la sévérité des symptômes - stade 3, symptomatologie accompagnée de troubles sensoriels, Weakness, decreased, deep, tendon reflexe, sensory défisits. [sic]) Le cas de Monsieur A.Y. \_\_\_\_\_ est bien le stade 3. Quebec TAsk Force Classification system utilise 2<sup>ème</sup> classification de 1 à 5, basée selon le temps calculé depuis l'accident. Le cas de Monsieur A.Y. \_\_\_\_\_ est le stade 5.

#### **Page 70/104**

« L'expert décrit la symptomatologie hybride » plus compatible avec un traumatisme crânien. Pense-t-il à CRPS?

« La symptomatologie hybride » est bien décrite en cas de Whiplash Syndrome (Murray.CJ 1907 ; Lovell.ME 2002 ; Scott.D 2005).

En effet, plusieurs travaux scientifiques (Kumar.S 2003 ; Sshulel .L 2000 ; Sterling.M. 2005 ; JullGA.2000) démontrent que 80 % des personnes après Whiplash souffrent de douleurs musculaires, et de la dysfonction musculaire. La douleur persistante après Whiplash est due au « Wind Up » neurone situé dans le horn postérieur de la

moelle épinière et une activation des N-methyl-D-aspartate récepteurs. Ces phénomènes sont responsables de central sensitization elles sont caractérisées par allodynie et hyperest[h]ésie. Whiplash peut être considéré comme Dysfunctional pain disorder (Lidbeck.J.2002 ; Dommerhold.J.2005 ; Svenson.P. 2001 ; Sterling. M.2003)

**Page 71/104**

L'auteur de l'expertise affirme que l'infiltration des Trigger Points malgré l'amélioration signalée précédemment ont un effet irritatif au niveau local et entretient, voire péjore l'incitation par quel mécanisme?

Pour émettre une telle affirmation, l'auteur doit présenter les travaux scientifiques qui expliquent et confirment la dite affirmation.

**Page 58/104**

L'auteur de l'expertise confond les Trigger Points avec Tender Points et parle même d'une fibromyalgie avec un syndrome myofascial.

Les études récentes ont établi que central sensitization dépend de notre sensitive Input continu (Herrenstein.Gerber.R. 2004) Ce central sensitization a été confirmé avec Chronique Whiplash (Banic.B.2004 ; Curatoo.N.2004 ; Munglani.R.2000) Le Input périphérique peut être une articulation zygomphéale (Lord.S.M.1906) ou est myofascial Trigger Point. (Simons.G.2004 ; Gerwin.R.D 1907 ; Ssiotti.V.M.2001) Or, toutes persistance de Input continu perpétuent la douleur. Les Trigger Points sont la source d'une sécrétion continue de neurotransmitter (Shah.J.2005 ; Gerwin.E.D.2002) Donc, le traitement par infiltration de Trigger Points est indiqué. (Herrenstein-Gerber.R.2004 ; Gerwin Dommerhold. 1908 ; Bakker.B.A. 1986 ; Quinter.J.L. 1904).

L'auteur de l'expertise propose l'arrêt de cette thérapie pour une durée de minimum de 3 mois. L'auteur de l'expertise doit justifier de l'affirmation par les travaux scientifiques.

**Page 72/104**

Il n'y a rien d'étonnant que l'auteur de l'expertise soit surpris par le nombre de Trigger Points. Les Trigger Points ont une situation précise dans chaque muscle (Simons., Travels, Gerwin 1908)

**Page 73/104**

Les douleurs chroniques sont expliquées par le central sensitization et spinal mécanisme NMDA récepteur. (Lewis.T.Abbott.S.V 1997 ; Klotzenburg.M. 2000)

**Page 74/104**

**Page 75/104**

Bien sûr que l'arbitrage est difficile et de nombreux travaux scientifiques existent. L'auteur de l'expertise ne prend pas en considération de nombreux travaux scientifiques dans la neurobiologie des modèles bio-mécaniques, de la transmission de la douleur chronique. L'auteur prétend que des facteurs de mauvais pronostics étaient présents en dehors de toute considération psychologique. Lesquels ? Comment il explique du point de vue scientifique ses dires ? Il continue (J'ai du mal à adhérer à l'argumentation du Docteur W.\_\_\_\_\_ relevant la présence d'éléments objectifs : de nombreux Trigger Points) comme je l'ai déjà expliqué dans les pages précédentes, l'expert confond les Trigger Points avec les Tender Points, donc il est normal, qu'il ne les ait pas trouvés. Il prétend une allodynie et une hyperesthésie sont selon l'expert des symptômes subjectifs. Ceci est tout faux. Il existe de nombreux travaux scientifiques expliquant la neurophysiologie de l'hyperesthésie primaire et secondaire et de allodynie. (Lewis.T. 1935 ; Hardy.J.D.1950 ; Kolzenburg.M.2000) Le spinal mécanisme qui

mène à central sensitization et douleurs chroniques (Li.J.1909 ; Torebjork.HN.1902 ; Malcangio.M.1906) Concernant l'affirmation d'expert sur le rôle des cytokines et qu'elles lui semblent dans la fourchette normale, on peut affirmer en [s]e basant sur les travaux scientifiques, lesquels confirment le rôle de neuro-inflammation et neuro umine activation dans la pathogenèse de la douleur. Les cytokines et le Growth factor sont intriqués dans la génération des douleurs chroniques (Russolo.RRJ 1909 ; Watkins.JR. 1909 ; Kreitzberg.GW. 1906)

Les troubles sensitifs sont expliqués selon la neurobiologie de Wind iap Spinal, l'auteur de expertise affirme que la persistance des symptômes au-delà de 18 mois sont d'humbles facteurs de mauvais pronostics. La durée des douleurs après Whiplash ne peut pas être un mauvais pronostic selon Gerwin et Dommerhold. 1909.

### **Appréciations du cas de Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_**

Les plaintes et résultats des différents examens sont totalement explicables selon des récentes théories et les recherches scientifiques comme il est décrit dans les pages précédentes.

#### **Page 101/104**

**6** - Les causes des raideurs musculaires re[lè]vent d'un syndrome myofascial. L'apparition des douleurs après accident est décrite. Dans le cas de Burn out la symptomatologie ne relève pas de syndrome myofascial. Je ne dispose pas pour l'instant de résultats de (Brain Screen) lesquels peuvent éventuellement relever de pathologie psychologique.

**7** - Le syndrome myofascial peut avoir différentes causes, il est toujours présent dans le cas de Whiplash (Dommerhold ; Gerwin cités dans les pages précédentes)[.] Ils ne sont pas décrits dans la définition de la fibromyalgie, là, on parle de Tender Points, ceci par sa pathophysiologie diffère totalement de Trigger Points, comme il est expliqué dans les pages précédentes.

Ici l'auteur de l'expertise confond tout. Les Trigger Points avec Tender Points, les résultats de Central Sensitization et l'allodynie et hyperest[h]ésie qui en suit, lesquels sont parfaitement mesurables objectivement. En se basant sur les travaux récents scientifiques, on peut aisément comprendre les plaintes, les douleurs, les résultats des différents examens. Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_ souffre bien de Dysfunctional Pain disordr suite à Whisplash."

- une lettre du 16 février 2009 des Drs F.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, dont il résulte ce qui suit selon la traduction (datée, quant à elle, du 13 février 2009) fournie par l'assuré :

"Nous pouvons répondre à vos questions.

Concernant votre question à propos de la page 23, nous avons clairement été mal cités. Nous ne sommes pas des médecins praticiens, mais un groupe spécialisé en otoneurologie qui s'occupe spécifiquement, dans notre centre d'étude des troubles de l'audition et de l'équilibre, des problèmes de labyrinthe et des nombreux cas de vertiges post-traumatiques. Dans notre rapport, nous n'écrivons pas "vraisemblable", mais nous estimons que l'origine accidentelle a une "très grand[e] probabilité".

Nous avons de toute évidence été mal cités.

Concernant la deuxième question, la nomenclature de la modification post-traumatique de la colonne vertébrale cervicale n'est pas unifiée, et nous utilisons couramment les expressions "whiplash injury", "traumatisme d'accélération/décélération de la colonne vertébrale cervicale" et "traumatisme de distorsion de la colonne vertébrale cervicale" comme des synonymes.

Nous pouvons répondre clairement à la troisième question concernant les énoncés des pages 92, 93 et 100. Notre examen otoneurologique est basé sur une vidéonystagmographie, ce qui est une pratique normale pour la détection détaillée des signes objectifs. Si nous constatons un nystagmus spontané de premier et deuxième degré et mesurons en même temps une insuffisance vestibulaire périphérique, ce signe est pathologique. Si le neurologue voit sous la lunette de Frenzel un "petit nystagmus épuisable" (page 92), ce signe n'est pas comparable avec les raffinements techniques d'un vidoénystagmogramme. On ne peut pas en déduire un manque de pertinence.

A la page 100, il est écrit qu'un nystagmus est physiologique; les nystagmus que nous avons mesurés ne sont de toute évidence pas physiologiques mais pathologiques. Le diagnostic différentiel décrit de "vertiges positionnels bénins", "neurinome du nerf", "sclérose en plaques", "accident vasculaire cérébral" n'est pas vraisemblable. Il n'y a pas d'indices anamnésiques ni de signes qui indiquent un tel diagnostic différentiel.

Sur la base de notre expérience et des documents dont nous disposons, ainsi que des consultations d'avril et mai 2008, nous avons pu attribuer avec une vraisemblance convaincante les vertiges à l'accident.

L'examen otoneurologique de l'automne 2008 (14.10.2008) a montré une normalisation des signes.

On peut en conclure qu'une amélioration substantielle s'est produite au cours des 6 mois séparant le premier du deuxième examen. Nous interprétons cette amélioration comme une normalisation du trouble fonctionnel vestibulaire et une compensation centrale du déficit périphérique. Cette évolution est typique d'un trouble fonctionnel vestibulaire.

Si, au cours de l'évolution clinique, le patient a été débarrassé des troubles de l'équilibre et que la vidéonystagmographie s'est stabilisée, le cas peut être considéré comme soigné.

Mais si des symptômes résiduels de troubles de l'équilibre persistent encore dans la vie quotidienne, ils peuvent être considérés comme vraisemblablement d'origine accidentelle."

- une lettre du 16 février 2009 du Dr R.\_\_\_\_\_, dont il résulte ce qui suit selon la traduction transmise par l'assuré :

"J'ai minutieusement examiné le rapport d'expertise et l'ai comparé avec l'historique du malade en ma possession. Vous connaissez parfaitement mes rapports. Mes réponses à vos questions sont les suivantes :

**- Mon rapport du 27.03.2008 est évoqué à la page 22 du rapport d'expertise :** les citations ne font pas référence à mon jugement (avec commotion cérébrale avec brève perte de conscience et amnésie, et aussi avec mouvement réflexe de la tête et du rachis cervical avec équivalent de distorsion du rachis cervical avec développement consécutif d'un syndrome cervical avec symptomatologie neurovégétative et surtout avec symptomatologie myofasciale massive). Il en ressort notamment que j'ai supposé un équivalent de distorsion du rachis cervical du fait du violent mouvement de compensation réflexe avec torsion du corps avant la chute. Nous ne savons pas précisément ce qui s'est passé d'autre lors de la chute, mais elle a provoqué un choc violent de la tête et une commotion cérébrale. Vraisemblablement, le rachis cervical a de plus été traumatisé directement.

**- Page 25 : brochure de septembre 2008 du [...], performance du patient en matière de ski, rapport du 22.09.2008 du Dr. P.\_\_\_\_\_, du service de neurochirurgie de la clinique [...] :**

Le changement de nom de l'Institut PP.\_\_\_\_\_ en [...] est vraisemblablement lié au jugement de février 2008 du Tribunal fédéral. Pour autant que je sache, cet institut effectue naturellement toujours des examens du rachis cervical (outre d'autres examens fonctionnels de l'appareil moteur).

L'activité du patient comme skieur de haut niveau n'est pas venue dans la conversation lors de l'examen chez moi (peut-être pour des raisons de temps).

Le rapport du Prof. P.\_\_\_\_\_ vise au traitement avec des infiltrations des facettes articulaires C4/C5 où réside une légère ostéochondrose.

**- Radiographies à partir de la page 60 :** comme je l'ai également écrit, il y a un léger rétrécissement de l'espace intervertébral C4/C5; sinon, la hauteur et la configuration du corps vertébral et des espaces intervertébraux sont normales, pas de signes sur les spondyloses. Naturellement, on ne peut pas tirer de ces clichés la conclusion qu'il n'y a pas une cervicalgie violente. Il y a un étirement du rachis cervical jusqu'à la perte de la lordose cervicale (il n'y a pas de lordose cervicale, comme l'écrit l'expert). Les "modifications dégénératives" décrites sont en parfait accord avec l'âge, et très courantes sans avoir valeur de maladie. La description de la radio transbuccale montre une articulation atlanto-axiale avec des marges normales et une position axiale centrée, comme l'a bien décrit l'expert. La description de l'IRM du 06.12.2007 reproduit la discopathie C4/C5 avec une petite protrusion discrète non compressive. A cet égard, il faut dire que la photocopie de ce cliché montre l'étirement du rachis cervical; la lordose cervico-thoracique est visible; la coupe sagittale sélectionnée n'est pas très centrée car la moelle épinière n'apparaît pas sur toute sa longueur. Les mêmes faits apparaissent sur les IRM du 10.08.2008.

L'IRM du rachis lombaire du 08.12.2007 montre de petites protrusions des disques vertébraux L5/S1 et L4/L5 sans effet compressif.

Les clichés du 31.10.2008 avec la tête inclinée latéralement à gauche et à droite montrent l'immobilité vers la droite de C2 à C7 en position inclinée à gauche, il y a une très discrète scoliosation en C4. Les clichés du rachis cervical avec inclinaison et réclinaison de la page 68 montrent selon moi une posture pratiquement rigide, et surtout un blocage de C1 et C2 : la distance de l'arc postérieur de l'atlas au crâne et à l'apophyse épineuse de C2 reste inchangée. Le mouvement d'inclinaison a vraisemblablement lieu dans la région centrale du rachis cervical (accroissement discret de la distance interspinosale).

(Remarque : la réalisation de ces clichés exige non seulement la coopération du patient, mais aussi une bonne exécution technique de la part de l'assistante de radiologie).

**- Page 69 : commentaires sur le syndrome de whiplash :** ce syndrome a été décrit, non après la 2<sup>e</sup> Guerre Mondiale, mais après la 1<sup>e</sup> Guerre Mondiale; premiers rapports par Crowe en 1928, puis par Davis en 1945; ceci n'est qu'une remarque en passant. Il est exact qu'il s'agit d'un traumatisme d'accélération ou indirect, sans fracture. Les éléments touchés sont les ligaments, les muscles et les capsules articulaires, les parties molles en général. Les classifications de la Quebec Task Force sont bien représentées. Rappelons-nous que le patient a subi un mécanisme de chute complexe, comme je l'ai indiqué précédemment.

**- La discussion du *status quo sine* à la page 70 se rapport[e] aux radiographies et non à la clinique.** Le patient a selon moi toujours présenté les mêmes symptômes radiologiques, avec une ostéochondrose discrète très saillante en C4/C5, vraisemblablement sans signification clinique.

La discussion sur les IRM fonctionnel[le]s se rapporte à un jugement du Tribunal fédéral, ainsi qu'aux travaux de Krakenes sur les lésions du ligament alaire. Je souhaite laisser cette discussion ouverte car ce chapitre n'est pas clos du point de vue scientifique.

**- A la page 72, les experts confirment** la symptomatique clinique, en accord avec les mesures de la mobilité du rachis cervical par différents observateurs (sauf le Pr. P. \_\_\_\_\_). L'interprétation faisant allusion à la décompensation d'arthrose cervicale saillante ne peut pas être suivie; il s'agit d'une symptomatique myofasciale massive qui n'aurait jamais pu être produite par une telle ostéochondrose discrète en C4/C5.

Concernant les points de pression (trigger points), je les ai aussi constatés lors de mon examen du 20.03.2008, et je les ai également décrits dans mon diagnostic (musculature de la nuque et des épaules, occipital et suboccipital des deux côtés, apophyses épineuses de la colonne vertébrale cervicale, trapèze et levator scapulae et apophyses épineuses jusqu'au milieu du rachis thoracique). De tels symptômes ne sont pas inhabituels en cas de symptomatique myofasciale marquée dans cette région.

Concernant le diagnostic psychiatrique, je ne peux pas me prononcer en tant que neurologue. Je suis cependant surpris par le jugement du psychiatre.

**Mon impression :**

Il est étonnant que dans ce rapport de 104 pages établi par quatre experts, les causes liées en fin de compte à de banales modifications (saillantes) dites dégénératives du rachis cervical correspondant à l'âge, à savoir une ostéochondrose discrète en C4/C5 avec une petite protrusion non compressive, soient rejetées, alors que l'existence de la symptomatique cervico-céphalique est parfaitement établie et non contestée. Cette argumentation contre les causes n'est pas compréhensible, ni compatible avec le rapport d'expertise, lequel est par ailleurs exhaustif et structuré de manière systématique. Un *status quo sine* ou *quo ante* se rapporte dans le jugement des experts uniquement aux modifications dégénératives inchangées et non pertinentes du rachis cervical, mais en aucun cas à la symptomatique clinique, laquelle est restée constante, notamment avec une réduction de la mobilité du rachis cervical, comme il a été établi de manière unanime par plusieurs observateurs. Cette symptomatique est également prise en compte dans l'évaluation de la capacité de travail par les experts, avec les limitations mentionnées, celles-ci étant réelles et considérées comme handicapantes, et impliquant en conséquence une atteinte à l'intégrité au stade final. En cas de chute, le mécanisme précis est beaucoup plus difficile à reconstituer – compte tenu du "whiplash" – que p. ex. en cas de collision en voiture. Il existe cependant des équivalents du whiplash. Très certainement, et de l'avis général, le patient a subi une commotion cérébrale/un MTBI [réd. traumatisme cérébral bénin] et un traumatisme du rachis cervical avec le "tableau clinique type pour l'EVG" [réd. Tribunal fédéral], ce qui n'a toutefois pas été demandé dans le catalogue des questions, ni n'a pas été demandé non plus si les souffrances actuelles auraient également vraisemblablement eu lieu avec la même qualité, la même quantité et au même moment **sans l'accident**.

Par son jugement de février 2008, l'EVG a réduit et relativisé la valeur de l'IRMF, de sorte qu'à cet égard, les aspects médico-légaux devront dans l'avenir être pris en compte dans ce sens. La conséquence au niveau de l'expertise est que de tels examens pourraient certes contribuer à comprendre un cas, mais ne devraient pas être utilisés seuls pour en évaluer les causes.

Le psychiatre trouve une névrose de convoitise. A cet égard, selon moi, et sans prétendre émettre un avis au-delà de ma discipline, il faut indiquer que le conflit entre le patient et l'assurance bat actuellement son plein (on parle de plus de 12000 rapports d'expertise par an pour l'UVG !?). Cela est dû à la complexité du système médico-légal avec l'UVG, et à l'heure actuelle, un patient profane ne s'en sort pas sans avocat. Souvent, l'existence du patient est en jeu. Cette confrontation, qui peut durer des années, est très lourde psychologiquement, et peut aussi produire des troubles psychocréatifs "iatrogènes". Dans cette situation, la distinction nette entre la persévérance et la convoitise peut être estompée."

Le 19 février 2009, le Service de l'emploi a rendu une décision d'inaptitude au placement.

Par décision sur opposition rendue le 23 avril 2009, la G.\_\_\_\_\_ a confirmé la décision du 20 janvier 2009 mettant fin à ses prestations au 31 janvier 2009. Se fondant sur l'expertise de la Clinique Z.\_\_\_\_\_, elle a considéré qu'il n'y avait pas de rapport de causalité naturelle suffisamment démontré entre les troubles présentés par l'assuré et l'accident du 3 mars 2007 et qu'elle avait dès lors mis fin à juste titre à ses prestations au 31 janvier 2009.

**B.** Par acte du 25 mai 2009, A.Y.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée en concluant, sous suite de dépens, à l'admission du recours (I), à l'annulation de ladite décision (II) et, principalement, à la constatation de ses droits persistants à des prestations d'assurance-accident obligatoire, notamment à la continuation du service des indemnités journalières au-delà du 31 janvier 2009, selon précisions à donner le cas échéant en cours d'instance, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé, pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants (III).

Il soutient en substance être clairement victime d'un syndrome dit de "coup du lapin" dès lors qu'il présente toutes les caractéristiques et tous les symptômes typiques, à savoir, notamment, des répercussions décalées dans le temps, des douleurs, des vertiges, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration, de l'épuisement, des troubles sensoriels dans les membres supérieurs et autres trigger points, picotement, fourmillements, crampes, ainsi qu'un nystagmus. Il allègue qu'il y a un substrat organique clairement identifié par les clichés d'imagerie fonctionnelle. Se fondant sur les rapports des Drs F.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, il conteste la valeur probante de l'expertise de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ qu'il estime présenter des erreurs manifestes, être contradictoire et incohérente.

Il a produit un lot de pièces parmi lesquelles :

- une déclaration datée du 6 mars 2008 émanant de BB. \_\_\_\_\_, où l'on lit ce qui suit :

"Je soussigné BB. \_\_\_\_\_, [...], avoir vu le 03.03.07 vers 15h00 lors de la sortie à skis de la commune de [...] à [...], l'intégralité de la lourde chute qu'a sub[ie] Monsieur A.Y. \_\_\_\_\_.

Il y avait du vent et des gonfles, Monsieur A.Y. \_\_\_\_\_ devait skier, c'est difficile à dire, peut-être vers 60/70km/h lorsqu'il a dû faire un virage sur la gauche extrêmement brusque pour éviter un snowboarder puis tout de suite Monsieur A.Y. \_\_\_\_\_ a tapé avec les skis dans une gonfle, il est parti en vole plané sur le dos de plusieurs mètres avant de taper la tête en premier lourdement à deux reprises successives en tout cas sur la neige verglacée puis il a fait plusieurs culbutes, glissé sur plusieurs mètres avant de s'immobiliser, il a pu, probablement perdre connaissance quelques longues minutes. Quand je suis arrivé vers lui sa tête était posée côté droite sur la pente, je lui ai dit : ça va, quelle morflée t'a pris, après quelques instants, après qu'il ait repris ses esprits je l'ai aidé à se relever, puis il a fait les quelques 300 mètres pour rejoindre le départ du funiculaire pour redescendre tout de suite à la station."

- un rapport de la Dresse W. \_\_\_\_\_ du 12 mars 2008, dans lequel cette dernière pose les diagnostics de Whiplash syndrome avec Whiplash associated disorder stade II, syndrome myofacial régional cervical et dorsal et TMD syndrome, les éléments subjectifs étant de fortes douleurs dans la région dorsale et cervicale bilatérale, avec des blocages cervicaux, des vertiges, de la fatigue et de la difficulté à se concentrer et les éléments objectifs de nombreux Trigger points dans les muscles de la région cervicale et dorsale, ainsi que des allodynie et hyperesthésie dans la région cervicale et dans les deux bras. Elle ajoute que les analyses de laboratoire démontrent une augmentation des lymphocytes T8 et T4, et surtout le rapport inversé de T8, T4, ce qui prouve selon elle un dysfonctionnement des cytokines qui sont impliquées dans la transmission de la douleur ;

- un rapport du 23 mars 2008 du physiothérapeute I. \_\_\_\_\_ ;

- un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2008 de la physiothérapeute U. \_\_\_\_\_ ;

- une lettre du 15 mai 2008 de l'employeur P.\_\_\_\_\_ SARésiliant le contrat de travail du recourant au 31 août 2008 au motif que son accident de ski avait nécessité la réorganisation complète du service administratif, de sorte qu'il n'y avait plus de poste de travail correspondant aux qualifications de l'intéressé pour le cas où il devrait retrouver une capacité de travail partielle ou totale ;

- le certificat de travail final établi le 10 novembre 2008 par P.\_\_\_\_\_ SA et dont la teneur est la suivante :

" **CERTIFICAT DE TRAVAIL**

Par la présente, nous certifions avoir eu comme collaborateur dans notre entreprise

**Monsieur A.Y. \_\_\_\_\_,**  
**né le [...] 1957**

ceci du 1<sup>er</sup> mars 1996 au 31 août 2008, en tant qu'adjoint de la Direction.

Grâce à sa facilité d'adaptation, ainsi que sa précision dans le travail, il lui a été confié les fonctions ci-après:

- responsable des achats pour les volailles, foie gras, viandes et divers articles;
- gestion informatique et physique des stocks, ainsi que des achats;
- comptabilité des fournisseurs;
- contrôle de statistiques quotidiennes des achats, ventes, transports et importations, ainsi que le respect des marges des différents acheteurs pour l'ensemble des articles du catalogue;
- gestion des contingents fédéraux d'importation de viande;
- achat de devises « on line » (au moyen du logiciel e-forex, de la banque [...]);
- suivi des cours de changes.

M. A.Y.\_\_\_\_\_ s'est montré un collaborateur efficace, loyal, très dévoué et apprécié, tant des fournisseurs que de l'ensemble du personnel.

Il est ponctuel, précis et méticuleux dans l'exécution des responsabilités qui lui sont confiées."

- un rapport du 5 janvier 2009 émanant de la Dresse W.\_\_\_\_\_, dont il résulte notamment ce qui suit :

"Je vois régulièrement Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_ à ma consultation. Il souffre des douleurs chroniques depuis son accident de ski. Les douleurs sont dues à la constante activation des récepteurs NMDA dans la moelle épinière. Le traitement par le blocage de Trigger points a diminué la douleur. Pour accélérer le traitement des douleurs et avoir des résultats plus durables j'ai propos[é] l'utilisation de Botox. Ceci est largement utilisé dans le monde entier dans les pathologies identiques. Je peu[x] vous fournir, si vous le souhaitez la documentation sur le sujet. Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_ ne suit plus le traitement par le blocage de Trigger points depuis le 10.11.2008. Nous attendions la réponse d'assurance pour pouvoir utiliser le Botox. Cette attente est la cause de l'aggravation de la santé de M[.]A.Y.\_\_\_\_\_. (Plus des douleurs et des vertiges.)"

Par réponse du 25 juin 2009, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle précise avoir retiré sa première décision uniquement dans le but de procéder à des investigations complémentaires. Elle soutient en outre que conformément à la jurisprudence fédérale, l'IRM fonctionnelle ne peut être retenue comme moyen de preuve de causalité. Elle estime enfin que l'expertise pluridisciplinaire de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ a valeur probante, les quelques erreurs de retranscription ou d'interprétation telles que rapportées par le recourant dans son mémoire n'influençant pas notablement le résultat de cette expertise.

Par réplique du 29 septembre 2009, le recourant a maintenu les conclusions prises dans son acte de recours, tout en précisant la conclusion III en ce sens « *que les prestations sollicitées doivent comprendre, notamment, le remboursement des frais justifiés et documentés, selon pièces 45, 55 et 68 annexées aux présentes écritures, sous bordereau n° II, ainsi que la quote-part LAMal et les prescriptions de Botox selon chiffres actualisés qui seront fournis avec tou[s] justificatifs d'ici l'audience de jugement* ». Il a en outre requis production par la Clinique Z.\_\_\_\_\_ de l'ensemble du questionnaire d'évaluation psychologique réalisé par la psychologue MM.\_\_\_\_\_. Il soutient en substance en se fondant notamment sur le rapport du Dr R.\_\_\_\_\_, qu'il a souffert d'un syndrome de coup du lapin combiné avec un traumatisme crânien. Il allègue qu'il y a également une lésion clairement objectivable au niveau des cervicales soit à tout le moins une atteinte aux ligaments alaires mise en évidence par l'imagerie magnétique fonctionnelle, de même qu'une lésion de la membrane atlanto-occipitale postérieurs de

degré I selon Krakenes, des cicatrices dans le tissu mou contigu à la lésion du ligament alaire et un signe de dyskinésie selon le rapport du Centre PP.\_\_\_\_\_. S'agissant du syndrome post-commotionnel dont il déclare souffrir, il se réfère en particulier au site [...] ainsi qu'à la revue officielle du Bureau suisse de préventions des accidents, n° 2004/5. Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ et émet de multiples critiques à l'encontre de celle-ci, issues majoritairement des avis du 15 février 2009 de la Dresse W.\_\_\_\_\_, du 16 février 2009 des Drs F.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ et du 16 février 2009 du Dr R.\_\_\_\_\_ - critiques qui seront reprises autant que de besoin ci-dessous. Le recourant allègue que sur le plan juridique, toutes les conditions d'un whiplash syndrom sont réunies, se référant notamment à un article de Jean-Michel Duc paru dans SZS/RSAS 52/2008. Enfin le recourant se plaint de la non prise en charge de certains de ses frais par l'assureur-accidents pour un montant de 4'455 fr. 80 ainsi que du Botox qui lui a été injecté par la Dresse W.\_\_\_\_\_.

Il a produit diverses pièces parmi lesquelles :

- un rapport du 29 septembre 2008 du Prof. CC.\_\_\_\_\_, neurologue à la Clinique [...] de [...], document dont la traduction française pose le diagnostic de symptômes d'inflammation radiculaire C5 gauche et signale qu'a été pratiquée une infiltration périforaminale C4/5 gauche et articulation C4/5 bilatérale;

- une correspondance du 27 août 2009 adressée au conseil du recourant par le Dr DD.\_\_\_\_\_, radiologue, dont la teneur est la suivante :

"Il est toujours difficile de répondre sur un avis radiologique et sans avoir vu et consulté au préalable le dossier concerné. Néanmoins, pour répondre à la question posée à la page 2, une hernie disco-ostéophytaire C4-C5 et une sténose dégénérative bilatérale modérée des trous de conjugaison sur uncarthrose n'est pas à considérer comme parfaitement classique et fréquente chez un homme de 50 ans pour autant que ce dernier n'appartienne pas à une classe de risque de développer une telle pathologie suite à la pratique de certains sports (ou professions) dits à risque ou dans le cadre d'une maladie sous-jacente (acquise ou congénitale) facilitante. Ces atteintes disco-dégénératives précitées peuvent

effectivement se rencontrer à l'âge précité, n'étant cependant pas, comme je viens de mentionner, systématiques et classiques."

- une seconde écriture rédigée le 1<sup>er</sup> septembre 2009 par le radiologue susnommé à l'attention du conseil du recourant, précisant que les affections décrites dans les rapports précédents ne sont pas systématiques de la classe d'âge des hommes à 50 ans et que les troubles disco-uncarthrosique « *peuvent entraîner, ou non, une symptomatologie principalement irritative radiculaire, dépendant de leur localisation et, de ce fait, de leur caractère irritatif/sténosant respectivement sur les racines et le canal. En principe, ils n'entraînent pas une symptomatologie typique d'un whiplash syndrome* ».

Dans sa duplique du 22 octobre 2009, l'intimée a maintenu ses conclusions.

Le 19 novembre 2009, le recourant a produit une lettre du 26 octobre 2009 des Drs F.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_. Aux termes de ce document, ces praticiens indiquent en substance que le test otoneurologique apparaît correct, que la position dans laquelle il a été passé n'est pas relevante et que la documentation du test otoneurologique, en particulier la vidéonystamographie, est succincte et trop peu importante pour une expertise. Ils relèvent que la discussion du terme de vertiges et l'interprétation des VEMPS négatifs sont insuffisantes et ne reflètent pas le problème de base du patient. Pour ces médecins, sont pertinents les troubles relevés à l'IRM fonctionnelle ainsi que la vestibulopathie périphérique et centrale documentée par leurs soins. Ils précisent que récemment le Tribunal fédéral a accepté spécifiquement le trouble vestibulaire comme lésion accidentelle typique, la recherche de signes d'une vestibulopathie périphérique et centrale étant une exigence incontournable.

Dans une écriture du 17 décembre 2009, le recourant soutient que d'importants éléments somatiques ont été objectivés et n'ont pas été pris en compte par l'intimée, à savoir une lésion d'autres tissus et une atteinte du ligament occipito-altoïdien antérieur ainsi qu'une chondrose

avancée en C4/5 avec signe de diminution de la stabilité, une sténose foraminale dans le même segment et un disque intervertébral largement collabé au même niveau. A cet égard, il se réfère à un rapport du 4 décembre 2009 du Dr FF. \_\_\_\_\_, radiologue à l' [...] à [...], produit avec sa traduction française. De ces documents, il ressort qu'une IRM en position debout de la jonction craniale-cervicale et de la colonne cervicale a été effectuée le 2 décembre 2009, examen dont il est résulté ce qui suit :

**"Résultat :**

En position neutre, C0, C1 et C2 sont normales. Le ligament occipito-axoïdien et le ligament occipito-atloïdien antérieur présentent des contours lisses et une épaisseur normale. Sur le trajet du ligament occipito-atloïdien postérieur, on observe un soulèvement typique en forme de tente (crête) croisant le complexe ligament-dure mère. Le ligament transverse de l'atlas et le ligament occipito-odontoïdien latéral renvoient un signal faible et leur calibre est normal. Le tissu graisseux entre l'apophyse odontoïde, le clivus et l'atlas (y compris le complexe qu'on nomme « dens-related complex » et la bourse séreuse des ligaments cruciforme - occipito-axoïdien) présentent un signal normal. Aucune modification de dégénérescence et aucun ostéophyte ne sont observés au niveau des surfaces articulaires, le cartilage est intact d'après l'évaluation que l'on peut en faire avec cette technique. Alignement régulier des segments C2-T4 en flexion. En extension, phénomène d'escalier renforcé dans le segment C4/5. Le disque intervertébral dans ce segment est largement collabé, l'anneau fibreux forme en extension depuis l'aspect dorsal une nette protubérance. En raison de l'uncarthrose associée, les deux foramens dans ce segment sont significativement rétrécis de la droite vers la gauche. Tous les autres disques sont normaux. Le canal rachidien entre C3 et C7 est relativement étroit, avec un diamètre AP de 12-13 mm, sans impact détectable sur la moelle épinière. Les parties molles visibles sur le cliché ne présentent aucune particularité.

**Évaluation :**

Lésion typique non modifiée du ligament occipito-atloïdien postérieur de grade 2 selon Krakenes. En outre, chondrose avancée en C4/5 avec signes de diminution de la stabilité. Sténose foraminale dans ce segment.

Enfin, nous souhaitons souligner que des artefacts de mouvement n'ont occasionnellement pas pu être évités lors des clichés fonctionnels sous sollicitation et dans les positions symptomatiques."

Dans sa détermination du 14 janvier 2010, l'intimée a notamment rappelé la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle l'interprétation diagnostique des résultats d'IRM fonctionnelle suite à un

accident du type coup du lapin fait l'objet de controverses dans le monde médical et ne peut être retenue comme moyen de preuve de la causalité. Elle en conclut que les nouveaux examens subis par le recourant le 4 décembre 2009 n'ont aucune valeur probante pour statuer sur le rapport de causalité naturelle. La G.\_\_\_\_\_ a en outre produit un rapport du 7 janvier 2010 des experts B.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ se déterminant sur le rapport des Drs F.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2009, dont il ressort notamment ce qui suit :

"En conclusion, la corrélation entre les plaintes et les découvertes cliniques ou d'imagerie médicale ne peut pas être établie :

1. M. A.Y.\_\_\_\_\_ se plaint d'une sensation vertigineuse telle qu'on peut s'en plaindre après un accident.
2. Les examens cliniques observent un très léger nystagmus en position assise, lequel n'a rien de pathologique.
3. Les examens paracliniques, et en particulier d'imagerie médicale, ne peuvent rien prouver sur l'origine de ces sensations vertigineuses.

[...]

En raison de tous les points développés précédemment, les experts maintiennent leur position : il n'existe pas d'explication organique rationnelle aux troubles présentés et la paraclinique n'explique pas la symptomatologie. "

Le recourant s'est déterminé le 8 février 2010. Il expose notamment que ses vertiges sont apparus progressivement et que les Drs F.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, dans leur rapport du 20 mai 2008, mentionnaient déjà que la lésion latente de la colonne cervicale pouvait expliquer tout naturellement la latence du trouble de l'équilibre aigu apparaissant six mois après l'accident. Il ajoute qu'il est établi selon la revue officielle du Bureau suisse de prévention des accidents que des troubles typiques de l'atteinte du coup du lapin se manifestent jusqu'à plusieurs mois après un traumatisme crânien. Quant à la jurisprudence du Tribunal fédéral sur l'IRM fonctionnelle en relation avec des investigations sur l'issue d'un éventuel coup du lapin, il soutient qu'elle signifie que la seule objectivation de lésions par imagerie fonctionnelle ne suffit pas à elle seule pour établir la lésion litigieuse mais persiste à penser que cela constitue un sérieux indice qui, corrélé à d'autres éléments médicaux constatés, doit être pris en compte. Il soutient que le Tribunal fédéral s'est prononcé sur des prises

de clichés fonctionnels car ils impliquaient des sollicitations du patient et de son articulation cervicale dans une machinerie classique de prise d'image IRM (un tube). Il ajoute que l'institut zurichois qu'il a consulté fait usage d'un appareillage pointu et plus spécifique avec une prise d'images dans une machine ouverte et comprise en position assise ou debout et non pas couchée comme c'est le cas dans un tube.

Les tests MMPI-2 passés par le recourant lors de l'expertise de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ ont été produits le 20 mai 2010 et les parties ont déposé leurs déterminations. Le recourant estime notamment, par acte du 14 juin 2010, que ce questionnaire n'a pas été correctement mis en œuvre et interprété.

Interpellée par le juge instructeur, la Dresse W.\_\_\_\_\_ a répondu le 2 décembre 2010 comme il suit :

- " 1. Quebec Task Force Classifications System (Spitzer W.O 1995)  
Stade 0 : pas de douleur dans la région cervicale. Stade 1 : Douleur dans la région cervicale, contracture musculaire, sensibilité à la palpation des muscles concernés. Stade 2 : Douleurs dans la région cervicale, activation des Triggers Points dans les muscles concernés, avec des blocages cervicaux. Stade 3 : Idem comme pour le stade 2, plus les troubles neurologiques. Stade 4 : Idem comme pour le Stade 3, plus les fractures ou les déchirures ligamentaires, distorsion.  
La deuxième classification : Stade 1 : moins de 4 jours après l'accident, Stade 2 : 2 à 21 jours après l'accident, Stade 3 : 22 à 45 jours après l'accident, Stade 4 : 46 à 18 jours après l'accident, Stade 5 : plus que 6 mois après l'accident.
2. Il n'y a pas de doute que Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_i souffre de Whiplash Syndrome
3. Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_ souffre d'un Whiplash Syndrome Stade 3
4. Dans les premiers temps, dans la lettre au Docteur X.\_\_\_\_\_ le 12 mars 2008, j'ai parlé de Whiplash Syndrome de Stade 2. Je n'avais pas à ma disposition les documents de PP.\_\_\_\_\_.
5. J'ai reconsidéré mon appréciation Stade 2 à Stade 3 de Whiplash Syndrome selon le rapport du Docteur F.\_\_\_\_\_ et Docteur H.\_\_\_\_\_ ainsi [que] les résultats de PP.\_\_\_\_\_.
6. Selon la classification de Whiplash Syndrome, selon le temps écoulé depuis l'accident, je classe Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_ au Stade 5
7. [...] cette classification a une grande importance, parce qu'à partir du 45<sup>ème</sup> jour après l'accident, les signes résiduels de Whiplash

Syndrome sont toujours considérés comme danger pour le développement des symptômes chroniques dans le futur.

8. Oui, [j]e confirme mes réponses que j'ai donné[es] dans mes rapports, le 17.01.2008 à Protecta, 12.03.2008 au Docteur X.\_\_\_\_\_, le 12.03.2008 à la G.\_\_\_\_\_ et le 06 .06.2008 à Maître Carr[é].

9. Je confirme les observations signalées dans ma lettre [au] Docteur X.\_\_\_\_\_ du 12.03.2008. J'ai trouvé de nombreux Triggers Points dans les muscles de la région cervicale et dorsale ainsi que l'allodynie et hyperesthésie dans la région cervicale et dans les 2 bras. Je confirme que j'ai vu les résultats de laboratoire de Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_, les signes de dysfonctionnement des cytokines. Les certaines cytokines sont impliquées dans la transmission de la douleur.

10. Oui, je crois que l'implication des cytokines dans la transmission de la douleur est encore mal connue.

11. Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_ ne pouvait pas développer les symptômes de Whi[p]lash Syndrome sans avoir l'accident de ski.

12. Je confirme mes observations données dans la lettre donnée à Maître Carr[é] le 05 janvier 2009. A l'heure actuelle, Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_ ne souffre presque plus des douleurs. Il ressent moins de fatigue et de trouble de concentration.

13. Les traitements par infiltrations des Triggers Points par Botox ont accéléré rapidement la diminution des douleurs. Le traitement avec le Botox a été retardé en attendant la réponse de la G.\_\_\_\_\_, ceci a été négatif. Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_ a pris à sa charge le traitement, lequel a commencé le 20.04.2009. Les dates exactes d'utilisation du Botox sont le 20.04.2009, 27.04.2009, 11.05.2009, 25.05.2009, 23.06.2009, 06.07.2009, 19.09.2009. Les interruptions de traitement de Triggers Points sont toujours suivies par aggravation des douleurs. Depuis le 19.09.2009, je n'ai pas utilisé le Botox parce que ce n'était plus nécessaire.

14. Chaque muscle a un nombre fixe de Triggers Points a des endroits précis. Le nombre total de Triggers Points, observés dépend du nombre de muscles malades. Je pense que les auteurs de l'expertise n'ont pas pris en considération toute la littérature scientifique. Selon mes observations, il n'y avait pas eu de facteurs pré-existants de mauvais pronostics. Selon la littérature scientifique au sujet de Whiplash Syndrome, le Syndrome Myofascial fait toujours partie de ceux-ci. Il y a une différence patho-physiologique entre les Triggers Points et de Tenders Points. La Fibromyalgie est définie par la présence de nombres fixes de Tenders Points aux endroits précis.

15. Je pense que Monsieur A.Y.\_\_\_\_\_ pourrait reprendre une activité professionnelle dès ce moment à temps partiel dans une activité adaptée.

16. Je ne peux pas me prononcer avec précision pour la date exacte, mais je crois selon mon expérience que dans quelques mois, on peut raisonnablement espérer une guérison complète."

Les parties se sont déterminées sur ce rapport de même que sur celui rédigé, sur interpellation du juge instructeur, le 26 février 2011 par le Dr GG.\_\_\_\_\_, médecin généraliste. Dans son compte-rendu, ce praticien expose notamment qu'il était un ami des parents du recourant, qu'il a fait la connaissance de ce dernier il y a une trentaine d'années et qu'il avait ainsi des nouvelles régulières du recourant qu'il voyait occasionnellement une à deux fois par année. Il précise ne jamais avoir été le médecin du recourant mais lui avoir accordé, à titre amical, un certain soutien après le décès de son père survenu une quinzaine d'années plus tôt. Il indique qu'il avait connaissance de la carrière de sportif de haut niveau du recourant, qui avait une forme physique très au-dessus de la moyenne. Il souligne avoir eu beaucoup moins de contacts avec le recourant depuis son accident de ski plus particulièrement, mais avoir eu très rapidement et très régulièrement des nouvelles soit par l'épouse soit par la mère de celui-ci par lesquelles il a appris que l'intéressé avait été grandement affecté par son accident, au point de devoir cesser rapidement son travail et mettre un terme à ses différentes activités sportives. Il confirme enfin, sur la base de ses constatations, que le recourant n'est plus le même homme depuis son accident de ski.

Le 27 mai 2011, le recourant a produit un écrit du 1<sup>er</sup> avril 2011 de la Dresse W.\_\_\_\_\_, mentionnant une reprise du travail dès le 15 mars 2011 à 30%, dès le 1<sup>er</sup> avril 2011 à 50% et à 100% dès le 1<sup>er</sup> juin 2011.

Une audience d'instruction a eu lieu le 7 novembre 2011 au cours de laquelle deux témoins ont été entendus :

- BB.\_\_\_\_\_, qui a déclaré ce qui suit :

"J'étais arrêté sur la piste de ski quand j'ai entendu un bruit sec. J'ai vu l'assuré tomber, sa chute l'a entraîné près de l'endroit où j'étais, la tête orientée vers le bas de la piste. Il paraissait commotionné par

sa chute. Finalement il s'est relevé, puis est descendu à la station. Le soir, il paraissait encore commotionné. J'ai croisé l'assuré à plusieurs reprises, quelques mois en tout cas après l'accident, et même plus d'une année. Il m'a semblé qu'il n'allait pas bien, j'ai remarqué que son comportement avait changé: il me semblait moins jovial. J'ai revu l'assuré en septembre 2011, et il n'avait pas l'air d'aller bien. Je précise que l'assuré est un bon skieur et qu'il skiait vite. J'ignore quand l'assuré a repris le travail."

- HH.\_\_\_\_\_, qui a déclaré ce qui suit :

"Je connais M. A.Y.\_\_\_\_\_ depuis six ou sept ans. Nous habitons la même commune, nos enfants et nos épouses se connaissent. Nous avons pratiqué ensemble notamment le ski et joué au tennis. M. A.Y.\_\_\_\_\_ ne joue plus au tennis et ne skie plus depuis son accident, son état de santé ne lui permettant pas à mon avis. J'ai revu l'assuré environ quatre-cinq mois après son accident et j'ai constaté qu'il n'allait pas bien. Je l'ai croisé récemment lors d'une manifestation et il m'a dit qu'il allait mieux. Je sais que l'assuré travaillait chez P.\_\_\_\_\_ SA et que depuis son accident, à cause de ses graves séquelles, il a interrompu cette activité. Depuis, nous nous sommes perdus de vue, et j'ignore s'il a recommencé à travailler ou pas. Lorsque j'ai croisé l'assuré, il m'a fait part de ses problèmes conjugaux et du fait qu'il avait emménagé momentanément dans un autre endroit."

A cette audience, l'intimée a déposé des déterminations et novas et produit diverses pièces parmi lesquelles :

- une lettre du 14 juillet 2010 adressée par la Municipalité de la commune de LL.\_\_\_\_\_ à AA.\_\_\_\_\_ Immobilier, en les personnes A.Y.\_\_\_\_\_ et A.JJ.\_\_\_\_\_, correspondance dont il ressortait que les prénommés avaient fait parvenir à la commune susdite des plans pour la construction de quinze villas et que la municipalité les autorisait à démarrer les travaux conformément au permis de construire ;

- une lettre anonyme du 20 septembre 2011 à l'attention de l'intimée, dont la teneur est la suivante :

"Par le présent courrier, je souhaite vous soumettre une information concernant un de vos clients contre lequel vous être en procès devant le tribunal.

En effet, Mr A.Y.\_\_\_\_\_ est censé être en incapacité de travail depuis son accident de ski de 2007. Cependant, je tiens à vous

informer qu'il exerce depuis 2008 l'activité de courtier/associé pour des projets de «AA.\_\_\_\_\_ Immobilier» ([http://www.\[...\].ch/](http://www.[...].ch/)).

J'ajoute qu'il mène un train de vie extravagant, je l'ai vu rouler dernièrement avec une voiture Por[s]che toute neuve qui devait coûter 200000 CHF.

Je vous propose de prendre contact avec lui au [...] en passant pour une future cliente pour vérifier. Ou peut-être auriez-vous une toute autre technique pour vérifier.

En espérant que cette information vous sera utile pour que justice soit faite, je vous prie de croire, Madame QQ.\_\_\_\_\_, à mes sentiments les meilleur[s].

Pour que justice soit faite"

- un contrat d'entreprise générale [...] "[...]" à LL.\_\_\_\_\_, prévoyant notamment ce qui suit :

" Article 4 MAITRE DE L'OUVRAGE

- Le maître de l'ouvrage est le maître au sens de l'article 363 ss CO.
- Si le maître de l'ouvrage n'exécute pas ses tâches contractuelles lui-même, il désigne en tant que chef de projet M. A.JJ.\_\_\_\_\_, qui le représente valablement dans le cadre du projet. M. A.JJ.\_\_\_\_\_ pourra en toute circonstance être remplacé par M. A.Y.\_\_\_\_\_ suppléant."

- un acte signé le 26 octobre 2010 par KK.\_\_\_\_\_, déclarant avoir prêté le même jour 200'000 fr. au recourant sans intérêt ;

- une plainte pénale déposée le 28 janvier 2011 par O.Y.\_\_\_\_\_ contre A.JJ.\_\_\_\_\_, aux termes de laquelle cette dernière déclare notamment que « *cela fait quelque 2 ans que mon mari travaille avec M. A.JJ.\_\_\_\_\_ sur des projets immobiliers. Leurs affaires ne marchent pas* ».

Dans son écriture du 7 novembre 2011, l'intimée soutient en substance que la dénonciation figurant dans la lettre anonyme précitée est fondée sur des éléments objectifs, compte tenu notamment du projet de construction d'AA.\_\_\_\_\_ Immobilier à LL.\_\_\_\_\_ et du contrat d'entreprise générale. Elle relève que, sur interpellation, le recourant lui a

affirmé que cette activité était occupationnelle jusqu'en mai 2011 et non rémunératrice, mais observe que tout au long de l'instruction diligentée par ses soins, l'intéressé n'en a jamais fait mention. Elle ajoute que ces activités occupationnelles sont subitement devenues professionnelles dès que l'opposition concernant le projet immobilier de LL.\_\_\_\_\_ a été levée au printemps 2011. Cela étant, l'intimée allègue que le recourant disposait indéniablement d'une capacité de travail de 2008 à ce jour, étant souligné que le fait qu'il ait décidé d'œuvrer sans bénéficiaire, dans un premier temps, d'une rémunération, ne signifie pas qu'il ne disposait pas d'une capacité de travail à mettre en valeur. Elle en conclut que ces circonstances sont de nature à remettre en cause le bien-fondé de l'octroi des prestations versées après la première décision sur opposition, soit celles versées en 2008, et que le recourant n'a droit à aucune prestation dès le 1<sup>er</sup> février 2009, voire lui est redevable des indemnités journalières versées au titre d'incapacité de travail pour la période de 2008 à ce jour.

A l'audience, le recourant a également produit un bordereau de pièces parmi lesquelles :

- une lettre adressée le 10 octobre 2011 par le conseil du recourant à l'intimée, faisant valoir que l'intéressé n'a aucun doute sur l'initiative de la lettre anonyme, celle-ci venant de son épouse ou le cas échéant par le truchement d'une amie à savoir B.JJ.\_\_\_\_\_, séparée de son mari. Il est également souligné que le numéro de téléphone du recourant a été introduit sur le site Internet de d'AA.\_\_\_\_\_ Immobilier le 27 mai 2011, soit immédiatement avant qu'une capacité de travail entière lui soit à nouveau reconnue. Pour le recourant, ce serait une réquisition de poursuite - produite en annexe - qui serait la cause d'un accès de colère de son épouse, laquelle aurait pris l'initiative d'écrire ce courrier anonyme ;

- un courrier du 14 octobre 2011 adressé par le conseil du recourant à l'intimée, produisant copie de la plainte pénale susmentionnée déposée le 28 janvier 2011 par O.Y.\_\_\_\_\_ et précisant ce qui suit :

**"Mais ce qui est surtout intéressant pour ce qui vous concerne, c'est la mention introductive, dans laquelle Mme O.Y.\_\_\_\_\_ explique le contexte, sous la rubrique "mode opératoire" (page 1, dernier §). On peut y lire ce qui suit : "Cela fait quelques 2 ans que mon mari travaille avec M. A.JJ.\_\_\_\_\_ sur des projets immobiliers. Leurs affaires ne marchent pas.". Je vous laisse apprécier la portée de cette déclaration, tout ce qu'il y a de plus officielle et tout ce qu'il y a de plus autorisée, puisque Mme O.Y.\_\_\_\_\_ a vécu jusqu'au 28 mars 2011 avec mon client, de sorte qu'elle savait très bien ce qu'il faisait et ne faisait pas, ainsi que les revenus qu'il en tirait, ou n'en tirait pas..."**

Dans sa détermination du 7 décembre 2011, le recourant expose avoir entrepris à 30% puis plus progressivement déployé une activité professionnelle en vue de la promotion de LL.\_\_\_\_\_ depuis mars 2011. Il estime qu'il n'y avait aucune raison de faire part d'une activité occupationnelle et anecdotique, laquelle était tout à fait marginale, encore que les activités à l'ordinateur avaient bien été communiquées aux experts de la Clinique Z.\_\_\_\_\_, comme cela figure aux pages 52 et 104 du rapport d'expertise. Il indique également essayer de se recycler dans le domaine de l'immobilier désormais. Il relève qu'AA.\_\_\_\_\_ Immobilier n'est pas une société mais une entreprise de A.JJ.\_\_\_\_\_ et que c'est en considération de son patrimoine financier qu'il lui a été demandé de finalement s'associer à l'opération immobilière de ce dernier à LL.\_\_\_\_\_. Il ajoute que s'il a pu retrouver du travail et se reconverter désormais dans l'immobilier, c'est parce qu'il a pu sécuriser cette opération sur le plan financier par son patrimoine immobilier. Il précise que c'est dans cette optique que A.JJ.\_\_\_\_\_ a accepté de le faire bénéficier des 200'000 fr. prélevés sur le prêt octroyé contre rabais sur achat immobilier final par l'acheteur KK.\_\_\_\_\_. A l'appui de cette écriture, le recourant a produit un lot de pièces.

A la suite de la lettre anonyme adressée à l'intimée concernant le recourant, celui-ci a déposé plainte pénale contre B.JJ.\_\_\_\_\_. Le dossier pénal a été produit. Il en résulte notamment que tant B.JJ.\_\_\_\_\_ que l'épouse du recourant ont contesté avoir adressé cette lettre à l'intimée. Il résulte du rapport de police établi le 24 janvier 2012 notamment ce qui suit :

"Des auditions récoltées nous pouvons établir que M. A.Y.\_\_\_\_\_ a effectivement commencé à travailler ou à effectuer diverses tâches pour son associé, Monsieur A.JJ.\_\_\_\_\_, au sein de la société AA.\_\_\_\_\_ Immobilier, dans le courant de l'année 2008. Pour ces activités, le plaignant n'aurait pas été rémunéré, mais aurait touché, jusqu'à ce jour, une somme de CHF 200'000.- sur une réservation de construction de villa et aurait, de plus, reçu des prêts provenant de son associé (CHF 40'000.-) ou de sa mère (CHF 90'000.-), afin de subvenir à ses besoins. Nous pouvons également affirmer que M. A.Y.\_\_\_\_\_ circule avec une Porsche [...], qui est actuellement à son nom depuis le 03 01.2012."

Dans ses déterminations du 14 février 2012, l'intimée a maintenu ses conclusions en rejet du recours. Elle soutient que l'activité professionnelle du recourant est largement antérieure à mars 2011 puisqu'il a signé, conjointement avec A.JJ.\_\_\_\_\_, une convention de réservation au moins les 8 septembre 2010 et 15 février 2011 en qualité de promoteur. Elle estime en outre qu'il aurait été totalement invraisemblable pour le recourant de mettre en garantie sa villa dans un contrat conclu le 27 juin 2011, soit un disponible de 1'500'000 fr., sans être intéressé à un tel contrat ou ne l'être que depuis peu. Elle en conclut que le recourant a travaillé depuis 2008 déjà en qualité de promoteur, respectivement de courtier, d'entente avec A.JJ.\_\_\_\_\_. Selon l'intimée, c'est pour cette raison que l'intéressé a bénéficié d'un prêt sans intérêt de 200'000 fr., qu'il a disposé d'un compte courant commun avec A.JJ.\_\_\_\_\_ depuis les 9 septembre 2010 et 26 octobre 2010 et qu'il a accordé à ce dernier un prêt de 40'000 fr. sans intérêt le 4 décembre 2009. Elle considère ainsi que les prestations qu'elle a versées de 2008 au 31 janvier 2009 étaient sans fondement.

Le 28 mars 2012, le recourant a maintenu ses conclusions et produit un lot de pièces.

Dans ses déterminations du 29 mars 2012, l'intimée a notamment requis la suspension de la cause jusqu'à a droit connu sur la procédure pénale. Cette requête a été admise et la cause a été reprise le 22 mars 2013.

Le recourant a produit le 20 mars 2013 les pièces suivantes :

- un arrêt rendu le 5 octobre 2012 par la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal, rejetant le recours déposé par A.Y.\_\_\_\_\_ contre l'ordonnance de classement rendue le 10 août 2012 par le Ministère public de l'arrondissement de [...]. Cet arrêt considère notamment ce qui suit (consid. 2) :

" e) En l'espèce, s'agissant de la lettre anonyme datée du 20 septembre 2011, force est de constater que l'instruction n'a pas permis d'établir des soupçons à l'encontre de B.JJ.\_\_\_\_\_. En particulier, l'examen de l'original de la lettre anonyme et la récolte d'empreintes digitales n'ont pas permis de déterminer qui était l'auteur de celle-ci. Les mesures d'instruction complémentaires sollicitées par le recourant, soit des investigations auprès des hébergeurs des comptes e-mail d'O.Y.\_\_\_\_\_ et de B.JJ.\_\_\_\_\_ pour trouver des traces d'échanges de courriel, ainsi que la saisie de l'ordinateur personnel de B.JJ.\_\_\_\_\_, apparaissent clairement disproportionnées compte tenu des circonstances. En effet, d'une part, la majorité des hébergeurs se trouvent à l'étranger et, d'autre part, il n'est pas certain que ces investigations permettent d'éclairer les circonstances ayant entouré la rédaction ou l'envoi de cette lettre anonyme. Par conséquent, le rejet par le Procureur de ces mesures d'instruction apparaît fondé et le classement de la procédure en relation avec la lettre anonyme ne prête pas le flanc à la critique.

S'agissant du téléphone de B.JJ.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2011, on doit admettre avec le Procureur que les éléments constitutifs de l'infraction de calomnie ne sont pas réalisés. En effet, l'instruction a permis d'établir qu'A.Y.\_\_\_\_\_ était actif au sein d'AA.\_\_\_\_\_ Immobilier et qu'il avait touché en 2010 une somme de 200'000 fr. par le truchement des affaires de cette dernière, somme avec laquelle il avait acquis un véhicule de marque Porsche. Ainsi, lors de son téléphone à La G.\_\_\_\_\_, B.JJ.\_\_\_\_\_ n'a pas propagé de fausses allégations au sujet d'A.Y.\_\_\_\_\_ et de son implication dans AA.\_\_\_\_\_ Immobilier. Dès lors, un des éléments constitutifs de la calomnie (la connaissance de la fausseté de ses allégations) fait défaut. Les mesures d'instruction complémentaire sollicitées par le recourant, en particulier une audition de confrontation avec B.JJ.\_\_\_\_\_ et l'audition de A.JJ.\_\_\_\_\_, n'apparaissent pas à même de renseigner davantage sur les circonstances ayant conduit au téléphone de B.JJ.\_\_\_\_\_ à La G.\_\_\_\_\_ et sur le contenu de cet échange. En effet, dans la mesure où les deux interlocutrices ont été entendues dans le cadre de l'instruction, on ne voit pas comment des informations complémentaires pourraient être amenées, surtout si l'on considère que ce téléphone date d'il y a plus d'une année et que les déclarations qui pourraient être faites seraient d'autant plus sujettes à caution de ce fait.

Il reste à examiner si B.JJ.\_\_\_\_\_ peut être condamnée pour diffamation compte tenu des propos tenus lors de cette conversation téléphonique et si, comme le considère le Procureur, elle a apporté les preuves libératoires l'exemptant de toute peine. A

cet égard, on se référera aux faits ci-dessus qui rapportent de manière détaillée le contenu de la conversation téléphonique du 15 septembre 2011 entre B.JJ.\_\_\_\_\_ et QQ.\_\_\_\_\_ [...]. En particulier, il ressort de cette conversation que B.JJ.\_\_\_\_\_ a téléphoné à QQ.\_\_\_\_\_ pour soulager sa conscience et l'informer de l'implication d'A.Y.\_\_\_\_\_ au sein d'AA.\_\_\_\_\_ Immobilier. Il ressort des déclarations de QQ.\_\_\_\_\_ que B.JJ.\_\_\_\_\_ lui aurait dit qu'A.Y.\_\_\_\_\_ était associé avec son ex-mari, A.JJ.\_\_\_\_\_, et qu'il travaillait avec lui depuis 2008. Dans la mesure où la conversation téléphonique n'a pas été enregistrée, on ne peut pas déterminer si B.JJ.\_\_\_\_\_ a été aussi péremptoire que QQ.\_\_\_\_\_ l'a affirmé au sujet de la date à laquelle A.Y.\_\_\_\_\_ a commencé à travailler au sein d'AA.\_\_\_\_\_ Immobilier. Au demeurant, lors de son audition, B.JJ.\_\_\_\_\_ a déclaré qu'il lui semblait qu'A.Y.\_\_\_\_\_ avait travaillé pour la "société" vers 2008. Dès lors, même si l'on peut émettre des doutes sur le fait que B.JJ.\_\_\_\_\_ a bel et bien affirmé qu'A.Y.\_\_\_\_\_ avait été actif dès 2008 au sein d'AA.\_\_\_\_\_ Immobilier, on doit néanmoins constater que B.JJ.\_\_\_\_\_ n'a pas apporté la preuve de la vérité sur ce point.

Dans la mesure où les preuves libératoires sont alternatives, il s'agit d'examiner si B.JJ.\_\_\_\_\_ avait des raisons sérieuses de tenir ses allégations de bonne foi pour vraies, en d'autres termes, déterminer si celle-ci a apporté la preuve de sa bonne foi. A cet égard, on mentionnera que B.JJ.\_\_\_\_\_ a appris que son ex-mari et A.Y.\_\_\_\_\_ avaient touché une somme de 200'000 fr. chacun à la suite de la réservation de terrain et qu'à l'aide de cette somme, A.Y.\_\_\_\_\_ s'était acheté une Porsche puisque celui-ci s'en serait vanté et que le véhicule était immatriculé au nom de A.JJ.\_\_\_\_\_. B.JJ.\_\_\_\_\_ connaissait la situation professionnelle et personnelle difficile d'A.Y.\_\_\_\_\_, puisque ce dernier était venu lui en parler à elle et à son ex-mari et qu'ils avaient décidé ensemble de l'aider à rebondir professionnellement en lui proposant de travailler au sein d'AA.\_\_\_\_\_ Immobilier. D'ailleurs, B.JJ.\_\_\_\_\_ avait travaillé au sein d'AA.\_\_\_\_\_ Immobilier où elle a effectué des tâches administratives jusque vers fin 2007 voire début 2008 selon ses dires. Au vu de ces éléments, Il apparaît légitime pour une personne, qui a été impliquée dans la gestion d'une société, de s'inquiéter de l'état des finances de celle-ci et de craindre qu'on lui reproche des malversations, surtout lorsque l'argent provenant de l'activité de cette société est utilisé pour financer l'achat d'un véhicule de luxe pour un de ses associés, lequel est en procès avec son assureur perte de gain. Ainsi, force est de constater que B.JJ.\_\_\_\_\_ pouvait de bonne foi craindre à une fraude à l'assurance de la part d'A.Y.\_\_\_\_\_ et les informations qu'elle a révélées à La G.\_\_\_\_\_ s'inscrivent parfaitement dans cette démarche.

Finalement, il reste à déterminer si B.JJ.\_\_\_\_\_ était légitimée à apporter la preuve de la bonne foi au sens de l'art. 173 ch. 3 CP. La démarche entreprise par B.JJ.\_\_\_\_\_ s'explique du fait que celle-ci ne voulait pas être mêlée à des malversations au sein d'AA.\_\_\_\_\_ Immobilier qu'on aurait pu lui reprocher par la suite. Celle-ci n'a ainsi nullement agi pour dire du mal d'A.Y.\_\_\_\_\_ mais uniquement pour dénoncer une potentielle fraude à l'assurance dont elle avait eu connaissance. Ainsi, sur la base des éléments qui précèdent, B.JJ.\_\_\_\_\_ doit être admise à apporter la preuve de la bonne foi, preuve qu'elle a du reste apportée."

- une déclaration écrite de A.JJ.\_\_\_\_\_ du 3 février 2013 avec annexes, dans laquelle celui-ci indique notamment avoir de lui-même proposé au recourant, dans le courant de l'année 2009, de l'accompagner lors de visites de terrains et de s'occuper du retoilettage de son site internet afin que celui-ci puisse s'occuper dans la limite de ses moyens alors très limités. Il ajoute que son ex-épouse interprète faussement ce qu'elle croit savoir et que cela peut nuire au recourant ;

- un avis du 6 mars 2013 du Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel le recourant souffre depuis février 2013 d'une grave affection mettant en jeu la fonction de l'ensemble du membre supérieur gauche, caractérisée par des lésions neurologiques et musculaires. De l'avis du Dr O.\_\_\_\_\_, il ressort encore que l'incapacité de travail est complète jusqu'aux 31 mars 2013, que le pronostic est réservé et que l'atteinte précitée est compliquée par la présence de suites d'une affection post-traumatique du rachis cervical, ces lésions compliquant la prise en charge thérapeutique.

L'intimée a maintenu ses conclusions dans sa détermination du 26 avril 2013. Elle a requis le retranchement de la déclaration susdite de A.JJ.\_\_\_\_\_ et a produit un nouvel onglet de pièces, comprenant un courrier du 15 avril 2013 adressé par le conseil du recourant à la G.\_\_\_\_\_ ainsi que ses annexes. Il résulte de ce courrier qu'un rapport du 29 mars 2013 du Dr O.\_\_\_\_\_, qui déclare être consulté depuis le 19 février 2013, est remis à l'assurance et que le recourant réclame dès lors des prestations au titre de perte de gain, le délai de carence étant largement échu. Ce courrier mentionne par ailleurs ce qui suit :

"Mon client admet qu'il ne s'agit pas d'une rechute de son sinistre LAA du 3 mars 2007. Cela même s'il est atteint sur des nerfs déjà touchés par l'accident et même si des investigations complémentaires du Dr O.\_\_\_\_\_, axées sur l'aspect post-traumatique, mettent en évidence une fracture jamais diagnostiquée à ce jour et font redouter une rechute à moyen ou long terme (rapport imminent)."

Par écriture du 26 avril 2013, le recourant - se référant à un rapport du 16 avril 2013 du Dr O. \_\_\_\_\_ produit en annexe - allègue souffrir d'une fracture cervicale qui n'avait pas été diagnostiquée antérieurement, qui n'est pas liée à l'accident mais qui s'inscrit sur un terrain déjà lésé accidentellement, puisque la fracture est d'origine traumatique. Il réserve dès lors une rechute future. Il ajoute que la fracture, non traitée faute de diagnostic, est de nature à expliquer les deux années de plus que celles retenues par l'intimée pour recouvrer une capacité de travail. Il rappelle enfin que la jurisprudence fait des cas d'erreur de diagnostic un élément de nature à faire retenir une causalité adéquate en matière de whiplash syndrome.

Il résulte du rapport précité du Dr O. \_\_\_\_\_ notamment ce qui suit :

"Le diagnostic de l'accident du 3 mars 2007 s'énonce ainsi :

**Fracture de la facette articulaire gauche de la 2<sup>ème</sup> vertèbre cervicale avec consolidation incomplète, persistance d'un fragment libre, et dégénérescence articulaire post-traumatique secondaire associée à une lésion traumatique du disque intervertébral situé entre les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> vertèbres cervicales.**

La réponse à la question posée est donc :

**La lésion du 3 mars 2007 est de nature traumatique.  
Celle-ci entre, à mon sens de chirurgien orthopédiste et traumatologue, dans la définition de l'accident.**

Commentaires.

*Il s'agit d'un diagnostic particulièrement difficile à poser.*

Il est admis en effet que ce diagnostic de lésion facettaire n'est pas posé, dans le cadre des examens pratiqués aux services d'urgence, jusqu'à 60% des cas. Les examens par résonance magnétique du rachis cervical sont de moindre intérêt, même si celui pratiqué le 27 février 2013 montre des anomalies faisant fortement suspecter le diagnostic. Néanmoins, l'association du type de mécanisme traumatique, de la persistance des douleurs cervicales avec les contractures musculaires, les blocages et surtout les limitations des amplitudes articulaires en rotation du rachis cervical auraient pu bénéficier d'un examen par tomographie, peu invasif.

[...]

Statu quo sine, statu quo ante et statu quo sine ante

Dans le cas présent, il ne peut être question d'un statu quo, de quel type que ce soit. Il s'agit d'une fracture facettaire non guérie avec une lésion discale C2/C3 active qui a entraîné une aggravation post traumatique des lésions préexistantes du rachis sous-jacent. Le problème médical né de l'accident du 3 mars 2007 n'est pas résolu et une surveillance des conséquences s'impose.

Amplification des symptômes

Il est noté dans l'expertise [de la Clinique Z. \_\_\_\_\_] le diagnostic psychiatrique suivant « majoration des symptômes pour des raisons psychologiques (depuis juillet 2007) ».

N'étant pas psychiatre, je ne m'autorise pas à poser un quelconque diagnostic psychiatrique, ni à commenter le diagnostic de mon confrère.

Je me permets simplement de rappeler que J-A. Barré et Yong Choen Lieou, au début du XX<sup>ème</sup> siècle, ont rapporté les signes cliniques de l'évolution des lésions vertébrales cervicales passées inaperçues et que l'on dénomme actuellement sous des vocables Anglo-saxons divers (whiplash associated etc.). Ils rapportent, en[tre] autres, les douleurs cervicales persistantes, les céphalées occipitales, les vertiges, les acouphènes, les troubles visuels, les troubles mnésiques entrant parfois dans le cadre d'un véritable syndrome dépressif...

A mon sens de traumatologue du rachis, je retrouve dans ce dossier la cohorte des signes cliniques décrits par ces deux neurologues, que ce soit avant ou après le 1<sup>er</sup> juillet 2007. Ceux-ci sont bien en rapport avec la fracture vertébrale cervicale passée inaperçue.

En résumé, et sur les aspects juridiques qui vous préoccupent, je dirais qu'il y a eu absence de diagnostic pertinent, ce qui se comprend toutefois par un contexte des plus complexes, la conséquence en est que la capacité de travail a pu être mal évaluée et qu'une reprise progressive en 2011 seulement est correcte. (Absence de traitement de la fracture, qui aurait, à mon sens, pu bénéficier au minimum d'une immobilisation par minerve rigide de trois mois ou, au mieux, d'une intervention chirurgicale en 2007)[.] Cela peut expliquer aussi les incompréhensions des médecins sur les limitations de la mobilité du rachis cervical. (On croit lire entre les lignes de certains médecins une amplification des plaintes de M. A.Y. \_\_\_\_\_). En revanche, pour la situation actuelle (syndrome de Parsonage et Turner, objet de mon rapport du 29 mars 2013), la causalité me paraît beaucoup trop faible [...] pour pouvoir être retenue à ce stade dans le cadre d'un débat LAA (Loi sur l'Assurance Accident).

Néanmoins, il est important de bien noter que cette affection lèse des nerfs antérieurement lésés par l'accident du 3 mars 2007.

De plus, les conséquences post[...]traumatiques, à long terme, de la fracture facettaire doivent faire l'objet d'une surveillance médicale étroite."

L'intimée s'est déterminée sur cette pièce le 19 août 2013 et, se fondant sur un rapport du 23 juillet 2013 du Prof. E.\_\_\_\_\_, neurochirurgien auprès de la Clinique Z.\_\_\_\_\_, (le Dr T.\_\_\_\_\_ ayant cessé ses fonctions au sein de ladite clinique), a maintenu ses conclusions en rejet du recours.

Dans ce rapport, le Prof. E.\_\_\_\_\_ indique notamment s'être procuré le rapport d'imagerie du scanner cervical réalisé le 27 février 2013 à la demande du Dr O.\_\_\_\_\_ par le Dr RR.\_\_\_\_\_, radiologue. Il précise que ce dernier exclut dans son rapport une fracture accidentelle. Il ajoute avoir, par prudence, encore demandé à un autre radiologue une interprétation des clichés du 27 février 2013, se référant à cet égard à un rapport du 5 juillet 2013 du Dr NN.\_\_\_\_\_, radiologue, qui mentionne ce qui suit :

**"Arthrose de l'articulation interapophysaire postérieure C2-C3 gauche, unilatérale, associée à un petit fragment osseux parfaitement bien délimité 7 x 4 X 3 mm. Cet aspect pose en tout cas le diagnostic d'une arthrose soit d'origine primitive soit d'origine post traumatique.**

**Le fait que cette arthrose postérieure C2-C3 gauche soit unilatérale sans autre remaniement arthrosique des articulations interapophysaires postérieures de tous les étages rend très probable une origine traumatique à cette arthrose qui serait donc secondaire.**

**On retrouve par ailleurs une discarthrose avec une uncarthrose de C3 à C6 prédominant au niveau C4-C5 responsables d'un rétrécissement des trous de conjugaison des deux côtés sans qu'il y ait toutefois d'arthrose significative des articulations interapophysaires postérieures à ces niveaux. "**

Le Prof. E.\_\_\_\_\_ précise que selon ce spécialiste et une étude en continu, il s'agit bien d'une arthrose malgré tout ou d'un trait de fracture avec détachement d'un bout osseux de très faible taille. Le Prof. E.\_\_\_\_\_ expose en outre notamment ce qui suit :

"Autre précision : bien que l'image soit zoomée à souhait par l'expert [O.\_\_\_\_\_] au point que l'on puisse voir une sorte de lésion

de taille non négligeable, en réalité nous sommes là tout au bout d'une phalange osseuse (l'apophyse), tout comme le serait la dernière phalange d'un doigt de petite taille.

Ce type de petit fragment osseux se retrouve sur des colonnes arthrosées de personnes qui ne s'en plaignent pas du tout ; il s'agit de découvertes presque par hasard. Ces fragments peuvent se retrouver dans bien d'autres parties du corps.

Ce trait de fracture est-il lié à l'accident du 3 mars 2007 ? Six ans après, il est bien difficile de le dire alors que les autres examens réalisés auparavant n'ont rien mis en évidence. Va toutefois dans le sens d'un accident ancien le fait que l'arthrose **ne soit pas symétrique** alors que tel est le cas lors d'une dégénérescence ancienne naturelle liée à l'âge.

Va dans le sens contraire, le fait que l'assuré n'ait pas une colonne symétrique, donc elle va, dit avec des mots simples, s'user plus d'un côté que de l'autre. Or justement, elle se contorsionne sur la gauche, côté de la lésion, de C2 à C6. L'arthrose pourrait donc être liée à ce frottement, tout comme ce petit trait de fracture, voire ce trait pourrait être dû à tout autre faux mouvement. Joint au fait que l'on découvre ce trait de fracture 6 ans après la chute à ski, tout cela relativise la causalité entre ce trait de fracture et l'accident.

### **Causalité**

Deux choses sont certaines :

- L'arthrose cervicale étagée sévère est remaniée.
- Le fragment osseux a une origine accidentelle.

La chute du 3 mars 2007 est possiblement en lien avec le trait de fracture. Comme le dit lui-même le Docteur O. \_\_\_\_\_, l'expertisé est un skieur « habitué aux chutes » (page 14 dernier paragraphe). De quelle chute finalement, de quel choc ?

### **Incidence de la causalité et conséquences**

Le lien de causalité entre le fragment osseux et l'accident du 3 mars 2007 me semble en définitive une **fausse question** qui n'aurait vraisemblablement pas d'incidence sur les prestations déjà versées à l'assuré.

### **A. Concernant la durée des algies**

Les douleurs décrites 3 mois après l'accident de ski ne peuvent s'expliquer par une fracture mais par l'arthrose. Il s'agit d'algies normalement ressenties par une personne sujette à une arthrose sévère. Un choc sur une colonne arthrosée peut naturellement être douloureux, voire très douloureux. Au-delà des 3 mois, je doute que les algies aient une origine accidentelle.

### **B. Concernant le traitement**

Si l'image des pages 16 et 17 avait été vue en 2007 suite à l'accident, vu l'importance de l'arthrose et le caractère assez bénin d'un trait de fracture distal, j'aurais plaidé pour l'absence d'intervention thérapeutique ; ce qui a été fait en pensant qu'il s'agissait d'une contusion sans fracture.

### **C. Concernant la durée de l'arrêt de travail**

A ce titre, l'arrêt de travail pour une contusion ou petite fracture cervicale sur colonne non dégénérative aurait été de 1 à 3 mois. Pour un patient avec une colonne très dégénérative comme dans le cas présent, on peut compter plutôt 3 mois d'arrêt de travail à 100% au maximum, puis reprise à 50% le mois suivant.

Les 10 mois d'arrêt de travail reconnus par la première expertise du 13 janvier 2009 et les traitements pris en charge durant ce laps de temps me semblent donc tout à fait généreux.

#### **D. Concernant l'atteinte à l'intégrité**

Le fragment osseux concernant moins de 10% de la vertèbre, il n'y aurait pas d'atteinte au sens de la table 7 de la SUVA. L'arthrose cervicale n'est par ailleurs pas incluse dans le tableau 5 de la SUVA."

Le recourant s'est déterminé le 10 septembre 2013, en se fondant sur un rapport du 31 août 2013 du Dr O.\_\_\_\_\_ produit en annexe. Il soutient que la fracture dont il a été victime est clairement post-traumatique et susceptible d'avoir entraîné des douleurs qui ont eu un effet invalidant jusqu'au printemps 2011, et que si la Cour ne devait pas s'en convaincre, il y aurait lieu d'ordonner un complément d'expertise.

Dans son rapport du 31 août 2013, le Dr O.\_\_\_\_\_ maintient ses conclusions. Il critique en premier lieu l'appréciation juridique du conseil de l'intimée. S'agissant du rapport du radiologue NN.\_\_\_\_\_, le Dr O.\_\_\_\_\_ relève notamment que ce dernier médecin a eu à disposition un CD d'une IRM et d'un CT cervical effectués le 27 février 2013 et que l'on a opéré un choix très restrictif dans les images, le radiologue n'ayant pas disposé des documents anciens et en particulier d'aucune radiographie, étant ainsi privé de la possibilité de reconstituer l'évolution. Concernant le rapport du Prof. E.\_\_\_\_\_, le Dr O.\_\_\_\_\_ indique en substance que les signes radiologiques de la fracture étaient présents dans les autres examens réalisés auparavant mais n'ont pas été vus par les différents médecins ce qui n'est pas rare. Il rappelle que le diagnostic radiologique de lésion facettaire est difficile et considère que « *[c]e diagnostic exige en effet une double compétence. Il faut posséder une longue expérience de la lecture des images radiographiques. Ceci est difficile à acquérir car cette lésion est rare. Il faut de plus bien connaître ces signes, fins, ce qui n'est pas une généralité chez les médecins ni même chez un chirurgien. De plus, ces signes radiographiques sont moins connus en raison, en particulier dans les grands centres universitaires de l'utilisation large*

manu de tomodynamométrie ». Le Dr O. \_\_\_\_\_ indique en outre que la fracture n'a pas été traitée et que les fractures facettaires ne guérissent pas correctement sans traitement. Les douleurs sont dues à son avis à un mauvais fonctionnement articulaire en raison de la rupture de continuité de la surface articulaire, pseudarthrose non traitée et des suites traumatiques à distance. Il conteste de surcroît une prétendue supériorité des interprétations des médecins radiologues sur celles des chirurgiens, ce qui selon lui est totalement contraire à la réalité de faits et ne peut être, en aucun cas, accepté. Cela étant, il estime avoir fourni les signes anamnestiques, cliniques et d'imagerie nécessaires à prouver son diagnostic de fracture facettaire ainsi que la relation de causalité et à évaluer les conséquences en particulier sur la capacité de travail.

L'intimée s'est déterminée sur ce rapport le 11 octobre 2013, relevant le caractère virulent de celui-ci et proposant, le cas échéant, d'interpeller le Prof. E. \_\_\_\_\_.

Le 20 novembre 2013, le recourant a produit un courriel du Dr O. \_\_\_\_\_ du 12 novembre précédent, dont il résulte notamment ce qui suit :

" Voici 2 remarques concernant le dossier de M. A.Y. \_\_\_\_\_. Le médecin du SMR affirme que le diagnostic de maladie de Scheuermann est retenu par l'expertise de la Z. \_\_\_\_\_. Il est affirmé que ce diagnostic est relevé sous l'interprétation d'une image IRM. Je pense qu'une expertise doit relever d'un certain formalisme. Dans ce sens, même si le diagnostic est noté sous l'interprétation d'une image, il devrait, à mon sens, se trouver, rédigé *in extenso*, au paragraphe des diagnostics. Une simple annotation ne saurait suffire. Par ailleurs, si même ce diagnostic de maladie de maladie [sic] de Scheuermann est noté, la question qui se pose est celle de savoir s'il a été analysé dans le cadre de la scoliose. A mon sens, on devrait trouver dans une seule et même phrase les deux termes de scoliose et de maladie de Scheuermann. Ce n'est pas du formalisme. Il s'agit d'apprécier les conséquences des deux affections concomitantes au rachis, le tout sans oublier la fracture cervicale. On s'attachera à rappeler que l'appréciation des limitations fonctionnelles doit tenir compte des lésions objectives."

Le recourant voit dans ce rapport une raison supplémentaire de remettre en cause l'expertise intervenue, voire d'ordonner une nouvelle expertise.

Dans sa détermination du 9 décembre 2013, l'intimée a maintenu ses conclusions.

**C.** Le dossier AI de l'assuré a été produit. En résultent notamment les pièces suivantes :

- un avis médical du 12 février 2009 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, du Service médical régional de l'AI (SMR), dont la teneur est la suivante :

"Assuré adjoint de direction, ancien skieur de compétition, qui a fait une violente chute à ski le 3.3.2007, avec perte de connaissance et développement d'une symptomatologie de coup du lapin. Il a repris le travail en juin 2007, au maximum à 50%, mais a dû s'interrompre complètement depuis le 30.11.2007. Il a été licencié le 31.8.2008.

De multiples investigations ont été faites chez plusieurs spécialistes (neurologue, neurochirurgiens, oto-neurologue) qui concluent à des lésions ligamentaires de la jonction cervico-occipitale objectivées par IRM et à une discarthrose C4-5. Une intervention neurochirurgicale a été envisagée dans un premier temps, mais réfutée secondairement par le neurochirurgien après l'échec d'infiltrations ciblées.

Suite à un litige avec l'assurance perte de gain, une expertise pluridisciplinaire a été réalisée par la clinique Z.\_\_\_\_\_. Ce document de 104 pages analyse de façon exhaustive toutes les pièces du dossier médical et asséculo-logique. L'anamnèse est fidèlement retranscrite ; ses variations au cours du temps et selon les examinateurs sont rapportées et analysées. Les plaintes de l'assuré ont été entendues. Il a été consciencieusement examiné par les spécialistes de plusieurs disciplines et soumis à des tests psychométriques.

Au terme de cet imposant travail, les experts retiennent un *status après traumatisme crânien mineur et distorsion cervicale, cervico-dorsalgies chroniques associées à des troubles dégénératifs, trouble mixte de la personnalité de type paranoïaque, anankastique et narcissique, majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.*

Ils se prononcent clairement en faveur d'une absence d'incapacité de travail aussi bien pour des raisons somatiques que psychiatriques. L'atteinte ostéo-articulaire dégénérative impose des limitations fonctionnelles qui sont respectées dans l'ancienne activité de l'assuré. Il n'y a donc pas lieu de prévoir des mesures de reclassement professionnel. Ils estiment que l'état de santé de l'assuré était stabilisé 10 mois après le traumatisme. Il est donc

légitime de dire que l'incapacité de travail , quelle qu'elle soit, a pris fin au plus tard le 3.1.2008.

Cette expertise est médicalement probante. Nous n'avons pas de raison de nous écarter de ses conclusions."

- une décision rendue le 5 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, déniait le droit de l'assuré à une rente d'invalidité notamment pour les motifs suivants :

**"Résultat de nos constatations :**

- Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de responsable des achats et de la gestion des créanciers ainsi que du stock chez P. \_\_\_\_\_ SA jusqu'au 31 août 2008.
- En date du 3 mars 2007, vous avez été victime d'un accident.
- Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.
- Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible dans votre activité habituelle, ceci depuis le 3 janvier 2008. En effet, en lien avec les séquelles de votre accident, vous présentez certaines limitations fonctionnelles mais qui ne vous empêchent toutefois pas de reprendre votre activité habituelle à 100% et cela depuis le mois de janvier 2008 au plus tôt."

Cette décision a fait l'objet d'un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AI [...]).

**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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente

jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud. Son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme. Il est donc recevable.

**2.** La question à examiner est de savoir si l'intimée doit poursuivre l'octroi de ses prestations.

**3. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b, avec 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* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; 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 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2<sup>e</sup> éd., Bâle 2007, 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 et 129 V 402 consid. 4.3).

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).

**b)** En matière de lésions au 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 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 consid. 2 et 117 V 359 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<sup>er</sup> février 2010 consid. 6.1 avec d'autres références).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien 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 comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal Fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, 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 dès lors 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 références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4).

**b)** Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de rappeler plusieurs fois qu'une IRM fonctionnelle ne constitue pas une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale et qu'elle n'a donc pas de valeur probante pour statuer sur le rapport de causalité entre des symptômes présentés par un assuré et un traumatisme par accélération cervicale ou un traumatisme équivalent (ATF 134 V 231 consid. 5.3 ; TF 8C\_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 5.2 et 8C\_334/2012 du 25 avril 2013 consid. 3.2).

**5. a)** Quatre experts ont examiné le cas du recourant. S'agissant de l'expert T.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, le recourant aurait dû demander sa récusation s'il estimait que ses connaissances ne lui permettraient pas de se prononcer sur son cas. Or tel n'est manifestement pas le cas, l'orthopédie étant précisément une spécialité chirurgicale qui concerne le traitement de toutes les affections de l'appareil locomoteur (affections des membres supérieurs, des membres inférieurs et du rachis). Un autre expert (le Dr B.\_\_\_\_\_) est en outre spécialiste en neurologie. La présence d'un spécialiste en neurochirurgie n'apparaît dès lors pas utile.

On ajoutera que le recourant est d'autant plus malvenu de critiquer cette spécialisation qu'il s'appuie essentiellement pour contester cette expertise sur l'avis de la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, et sur celui du Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

S'agissant du choix du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, ce médecin a été autorisé à pratiquer ès qualité en Suisse, selon le Registre des professions médicales de l'Office fédéral de la santé publique (consultable sur internet à l'adresse : <http://www.medregom.admin.ch/FR>). Au cas où il ne collaborerait plus par la suite avec la Clinique Z.\_\_\_\_\_, comme l'allègue le recourant, cela ne met pas en doute ses compétences.

**b)** Le fait que l'expertise ne comporte pas de multiples références de doctrine médicale est sans pertinence, ni la loi ni la jurisprudence ne posant cette condition pour évaluer la valeur probante d'une expertise.

**c)** Concernant la classification jurisprudentielle des accidents de bénin à grave, et aux critères déterminés par celle-ci, il n'appartient pas aux experts de la déterminer.

**d)** La non prise en compte des résultats de l'IRM fonctionnelle est conforme à la jurisprudence rappelée ci-dessus et les experts ne sauraient dès lors être critiqués pour les avoir écartés.

La valeur probante de l'expertise n'est ainsi pas mise en cause pour ces motifs.

**6. a)** Sur le plan somatique, les experts de la Clinique Z. \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics de status après traumatisme crânien mineur et distorsion cervicale lors d'une chute à ski le 3 mars 2007, ainsi que de cervico-dorsalgies chroniques associées à des troubles dégénératifs. De même, dans son rapport du 31 mai 2007, le Dr Q. \_\_\_\_\_ retient le diagnostic de traumatisme cranio-cervical. Aux termes de son rapport du 26 octobre 2007, l'expert K. \_\_\_\_\_ diagnostique également un status après traumatisme crânien mineur et distorsion cervicale de stade II après chute à ski le 3 mars 2007, ainsi que des cervicalgies chroniques. Le Dr P. \_\_\_\_\_, dans son compte-rendu du 22 septembre 2008, indique aussi que le recourant présente une symptomatique douloureuse persistante dans la région cervicale suite à une chute et un traumatisme de distorsion du rachis cervical en mars 2007.

Certes, la Dresse W. \_\_\_\_\_ pose notamment le diagnostic de whiplash syndrome (cf. rapports des 30 novembre 2007, 12 mars 2008, 6 juin 2008, 15 février 2009 et 2 décembre 2010), diagnostic repris par le Prof. M. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 19 décembre 2007) sans toutefois l'étayer. Ce dernier relève en outre que le tableau n'est pas très organique et n'a pas posé de diagnostic neurochirurgical. Quant au Dr R. \_\_\_\_\_, il retient également un syndrome cervical (cf. rapports des 27 mars 2008 et 16 février 2009).

**b)** En ce qui concerne la description de l'accident, il appert que, dans la déclaration d'accident du 12 mars 2007 transmise par l'employeur, le recourant a annoncé que le 3 mars 2007, vers 15 heures, il avait eu un accident de ski. Sa description est la suivante : « *A ski [j]'ai tapé le ski gauche dans une gonfle, suivi d'un vol plané sur le dos et j'ai*

*atterri sur la tête* ». Selon les indications fournies par le Dr Q.\_\_\_\_\_, consulté le 9 mars 2007, le recourant a déclaré que, skiant à grande vitesse le 3 mars 2007, il avait dû subitement éviter un enfant qui croisait sa trajectoire, avait perdu l'équilibre et avait heurté l'arrière de la tête sur une surface dure avec une certaine violence (cf. rapport du 31 mai 2007). De même, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a rapporté le 27 avril 2007 que le recourant avait fait une chute à ski le 3 mars 2007 à haute vitesse, avec un choc en arrière sur la tête et le haut du dos. Le témoin BB.\_\_\_\_\_ a dit également avoir vu le recourant tomber en arrière sur la tête qui, selon lui, a tapé à deux reprises sur une surface dure. Ces différents rapports ainsi que la déclaration du témoin ont été pris en compte dans l'appréciation des experts, cette déclaration ayant été transmise directement par le recourant aux experts (cf. rapport d'expertise du 13 janvier 2009 p. 4). Il est en effet mentionné en p. 46 de l'expertise que le recourant, qui skiait sans casque à une vitesse estimée par lui et son témoin aux alentours de 60-70km/h, a dû braquer brusquement vers la gauche pour éviter un snowboarder, que son ski gauche a alors buté sur une bosse, occasionnant un déséquilibre brutal avec une rotation du buste et une chute sur le dos accompagnée d'un traumatisme du crâne d'abord sur le côté droit de la tête, puis sur le côté gauche, le recourant ayant probablement perdu connaissance à ce moment-là.

**c)** L'expert chirurgien orthopédiste a exposé, en p. 69 de l'expertise, que le diagnostic de whiplash syndrome était lié à un traumatisme d'accélération-décélération de la boîte crânienne sur son seul support, la colonne vertébrale, et qu'un choc direct sur le crâne ne faisait pas partie du syndrome. Au cas d'espèce, il a considéré qu'il n'y avait pas lieu de retenir le diagnostic de whiplash syndrome dès lors que le phénomène d'accélération-décélération était absent, mais celui de traumatisme cranio-cérébral (le crâne ayant heurté le sol) associé à une distorsion de la colonne cervicale par choc direct. Cette explication apparaît convaincante et conforme à la description de l'accident. L'expert a au surplus relevé, la Dresse W.\_\_\_\_\_ ayant retenu le diagnostic de whiplash syndrome, que même dans cette hypothèse, le syndrome - classé en cinq stades selon les normes internationales de la Québec Task

Force – serait en l'occurrence de stade 2 et non de stade 3 eu égard aux discrédances sur le plan neurologique. Il n'y a pas là de contradiction comme le soutient à tort le recourant.

On ajoutera que la Dresse W.\_\_\_\_\_ a d'ailleurs retenu un stade 3 selon son rapport du 6 juin 2008, seulement en se fondant sur les documents du Centre PP.\_\_\_\_\_ à [...], donc sur l'IRM fonctionnelle, laquelle n'a pas valeur probante.

A cela s'ajoute que le fait pour un expert de s'entretenir sur une problématique avec un autre médecin spécialiste, comme l'a fait en l'espèce l'expert chirurgien orthopédiste avec le rhumatologue SS.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 13 janvier 2009 p. 69), n'apparaît pas critiquable et démontre bien plutôt le souci de l'expert d'examiner le cas de la manière la plus complète possible.

Quant au diagnostic de syndrome cervical posé par le Dr R.\_\_\_\_\_, il n'est pas étayé et ne correspond pas à la description de l'accident de sorte qu'il ne saurait être retenu.

Sous un autre angle, l'expert neurologue a expliqué les motifs pour lesquels il s'écartait des conclusions de la Dresse W.\_\_\_\_\_. Il a relevé que même si l'on considérait que les anomalies prises en compte par cette praticienne étaient présentes, cela ne prouvait en rien un dysfonctionnement des cytokines impliquées dans la transmission de la douleur (cf. ibid. p. 75). Il a ajouté que les quelques troubles sensitifs mis en exergue ne lui semblaient pas correspondre à un substrat organique bien clair, rejoignant ainsi l'avis du Prof. M.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 19 décembre 2007). Au reste, on ne voit pas en quoi le fait, pour cet expert, de se concentrer sur sa propre spécialisation en laissant le soin au spécialiste de se prononcer sur le plan otoneurologique (cf. rapport d'expertise du 13 janvier 2009 p. 75) serait critiquable comme le soutient à tort le recourant.

Sur le plan otoneurologique, l'expert de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ a expliqué que le recourant présentait de petits malaises vertigineux isolés répétés qui ne pouvaient pas être imputés à un trouble vestibulaire périphérique parce que les symptômes décrits n'étaient pas caractéristiques d'un tel trouble et que le bilan otoneurologique était globalement dans la norme (cf. *ibid.* p. 77). Il a en outre expliqué les raisons pour lesquelles il s'écartait des avis des Drs F.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, otoneurologues. A cet effet, il a exposé que les potentiels évoqués vestibulaires myogéniques (VEMPS), même s'ils étaient couramment utilisés pour tester la fonction sacculaire vestibulaire, ne testaient pas la fonction sacculaire de façon isolée, mais l'ensemble d'une boucle réflexe, à départ sacculaire et à projection cervicale (dénommé réflexe sacculo-collique). Dans le cas particulier, il a estimé que la diminution des VEMPS à gauche était plus compatible avec une altération de ce réflexe qu'avec une dysfonction vestibulaire périphérique isolée, l'anamnèse allant d'ailleurs dans ce sens, alors que dans l'éventualité où l'organe vestibulaire périphérique aurait été touché, on se serait attendu à une symptomatologie vestibulaire plus caractéristique et survenant dans les suites immédiates de l'accident. En tout état de cause, il a expliqué qu'il s'agissait d'un problème bénin, essentiellement paraclinique, n'expliquant pas la symptomatologie vague présentée par le recourant (cf. rapport d'expertise du 13 janvier 2009 p. 77).

Comme les Drs Q.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ notamment, les experts ont constaté des troubles dégénératifs ainsi qu'une maladie de Scheuermann au niveau de D9 (cf. *ibid.* p. 65). Ils ont également constaté une discopathie C4-C5, ces troubles étant manifestement antérieurs à l'accident mais ayant pu être décompensés transitoirement par la chute à ski. Ils ont précisé que dans un tel cas, le statu quo sine était considéré comme normalement atteint douze à dix-huit mois après l'accident (cf. *ibid.* p. 92) Ils ont ainsi pris en compte une période plus longue que celle admise par l'expert K.\_\_\_\_\_, lequel estimait que compte tenu des circonstances accidentelles et de l'ensemble des éléments cliniques et radiologiques, le statu quo ante devrait être atteint après un délai de six à

huit mois, avec objectivement, en date de l'expertise, l'absence d'élément traumatique indiscutable (cf. rapport du 26 octobre 2007).

Dans leurs lettres postérieures à l'expertise adressées au conseil du recourant, les Drs W.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ n'ont pas apporté d'éléments nouveaux et importants dont les experts n'auraient pas tenu compte. Ils ont maintenu une appréciation différente de celle des experts. Leurs conclusions ne sont ainsi pas de nature à mettre en doute les conclusions de l'expertise. Le 7 janvier 2010, les experts B.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ se sont en outre déterminés sur le rapport du 26 octobre 2009 des Drs F.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ de façon détaillée et convaincante, confirmant qu'il n'existait pas d'explication organique rationnelle aux troubles présentés et que la paraclinique n'expliquait pas la symptomatologie.

**d)** Les rapports du Dr O.\_\_\_\_\_ ne mettent pas en doute non plus les conclusions des experts. En effet, selon ce praticien, le recourant souffre depuis février 2013 d'une grave affection qui met en jeu la fonction de l'ensemble du membre supérieur gauche et est caractérisée par des lésions neurologiques et musculaires. Il mentionne que le recourant est en incapacité de travail complète jusqu'au 31 mars 2013, le pronostic étant réservé. Il ajoute que cette affection est compliquée par la présence de suites d'une affection post-traumatique du rachis cervical, ces lésions compliquant la prise en charge thérapeutique (cf. rapport du 6 mars 2013).

En ce qui concerne l'affection nouvelle dont fait état le Dr O.\_\_\_\_\_, elle n'a pas à être prise en compte dans la présente procédure dès lors qu'elle est nettement postérieure à la décision attaquée.

S'agissant du trait de fracture évoqué par ce médecin, le Prof. E.\_\_\_\_\_ a examiné le rapport d'imagerie du scanner cervical réalisé le 27 février 2013 à la demande du Dr O.\_\_\_\_\_ par le Dr RR.\_\_\_\_\_. Il a relevé que ce radiologue excluait dans ce rapport une fracture accidentelle, ce que ne mentionne pas le Dr O.\_\_\_\_\_. Or, quoi qu'en dise

le Dr O.\_\_\_\_\_, il apparaît pour le moins curieux que ce praticien soit plus apte à interpréter des clichés qu'un radiologue dont c'est précisément la spécialisation. Le Prof. E.\_\_\_\_\_ a encore demandé à un autre radiologue de faire une interprétation des clichés du 27 février 2013. Au regard de ces éléments, il a constaté l'existence d'une arthrose ou d'un trait de fracture avec détachement d'un bout osseux de très faible taille, étant précisé que ce type de petit fragment osseux se retrouvait sur des colonnes arthrosées de personnes qui ne s'en plaignaient pas du tout. Il a en outre expliqué les raisons pour lesquelles la chute du 3 mars 2007 était seulement possiblement en lien avec le trait de fracture. Il a en outre ajouté que de toute manière le lien de causalité entre le fragment osseux et l'accident du 3 mars 2007 lui semblait en définitive une fausse question qui n'aurait vraisemblablement pas d'incidence sur les prestations déjà versées à l'assuré. En effet, les douleurs décrites trois mois après l'accident de ski ne pouvaient s'expliquer par une fracture mais par l'arthrose. Vu l'importance de l'arthrose et le caractère assez bénin d'un trait de fracture distal, il n'aurait pas préconisé une intervention thérapeutique, si ce trouble avait été constaté en 2007. A ce titre, il a expliqué qu'un arrêt de travail pour une contusion ou petite fracture cervicale sur colonne non dégénérative aurait été de un à trois mois et que pour un patient avec une colonne très dégénérative, comme dans le cas présent, on pouvait compter plutôt trois mois d'arrêt de travail à 100% au maximum, puis reprise à 50% le mois suivant - les dix mois d'arrêt de travail reconnus par l'expertise et les traitements pris en charge durant ce laps de temps lui semblant donc tout à fait généreux (cf. rapport du 23 juillet 2013).

Les explications approfondies de l'expert sont convaincantes et doivent être suivies.

Il y a lieu d'ajouter que les experts ont tenu compte du diagnostic de maladie de Scheuermann, même s'ils ne mentionnent pas ce diagnostic en fin d'expertise.

Enfin, le Dr O.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant ni sur ses limitations fonctionnelles.

Ses conclusions ne peuvent dès lors être retenues.

**e)** En conclusion, sur le plan somatique, l'expertise de la Clinique Z.\_\_\_\_\_, qui comporte une anamnèse, décrit les plaintes du recourant et se trouve exempte de contradictions, procède d'un examen détaillé du cas de celui-ci. Ses conclusions claires et bien motivées ne sont pas mises en doute par d'autres avis médicaux. Elle a ainsi valeur probante.

Il y a lieu dès lors de retenir comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail ceux de status après traumatisme crânien mineur et distorsion cervicale lors d'une chute à ski le 3 mars 2007 et de cervico-dorsalgies chroniques associées à des troubles dégénératifs, l'accident ayant provoqué une décompensation douloureuse de l'état arthrosique antérieur, le statu quo sine étant atteint au plus tard douze à dix-huit mois après l'accident, le lien de causalité naturelle avec l'accident n'étant donc plus établi au jour de l'expertise. Quant à la persistance des plaintes, elle suggère une chronicisation des douleurs.

**7.** Sur le plan psychiatrique, l'experte J.\_\_\_\_\_ n'a pas posé de diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail du recourant. Comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu un trouble mixte de la personnalité de type paranoïaque anankastique et narcissique depuis l'âge adulte et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques depuis juillet 2007.

Le recourant émet de multiples critiques contre cette expertise. Il ne soutient toutefois pas être atteint d'un trouble psychique invalidant. En outre et surtout, il n'y a pas d'avis d'autres spécialistes en psychiatrie infirmant les conclusions de l'experte. Il n'y a ainsi aucun motif de s'en écarter.

**8.** En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin à ses prestations au 31 janvier 2009, soit après une période nettement plus longue que celle préconisée par les experts.

Il n'y a pas lieu d'examiner plus avant si le recourant a effectivement exercé une activité professionnelle avant cette date. En effet, si les pièces produites au dossier semble l'établir, on ignore toutefois à quel taux le recourant travaillait.

**9.** Au surplus, on relèvera que même en retenant que le recourant est atteint d'un whiplash syndrome, l'issue du recours n'en serait pas modifiée vu l'absence de causalité adéquate, la jurisprudence étant d'ailleurs identique en cas de traumatisme cranio-cérébral.

**a)** 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, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références).

En cas d'atteinte à la santé physique, ce lien est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves.

En l'espèce, le recourant a fait une chute à skis à haute vitesse, avec un choc en arrière sur la tête et le haut du dos. Il a eu très brièvement une perte de connaissance. Il a pu se relever et rejoindre la station de ski puis son domicile sans aide. Un tel accident est de gravité

moyenne à la limite inférieure de cette catégorie. Le Tribunal fédéral a par exemple jugé de gravité moyenne à la limite supérieure le cas d'un skieur ayant percuté un arbre de plein fouet avec la tête, ne portant pas de protection particulière et ayant eu un traumatisme rachidien entraînant une fracture lombaire ainsi qu'un traumatisme crânien jugé sévère avec une perte de connaissance d'une demie heure à une heure et se réveillant dans l'hélicoptère qui l'amenait à l'hôpital (TF 8C\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009). Les circonstances du cas d'espèce sont loin d'être aussi graves que celles décrites dans cet arrêt.

**b)** En cas d'atteintes à la santé (sans preuve de déficit organique) consécutives à un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, 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.

**aa)** 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, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique, on applique les mêmes critères que pour une atteinte psychique (ATF 115 V 133 et 115 V 403) en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques. L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a ; RAMA 2002 n° U 465 p. 437 consid. 3b [U 164/01]), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type "coup du lapin", d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b [U 96/00] ; également ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; TF

8C\_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 et 8C\_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

**bb)** Les critères à examiner pour un accident de gravité moyenne sont alors 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 (ATF 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5c/aa).

Dans le cas présent, aucun des critères n'est réalisé. En effet, l'accident n'a pas été particulièrement dramatique. Les lésions physiques ne sont pas d'une gravité telle ou de nature à entraîner des troubles psychiques. Il n'y a pas de persistance de douleurs dues à l'accident. Il n'y a pas non plus d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation des séquelles de celui-ci, ni de difficultés apparues en cours de guérison. Le degré et la durée de l'incapacité de travail n'ont pas été anormalement longue.

**cc)** Même si l'on considérait que les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type "coup du lapin" n'étaient pas relégués au second plan, la solution serait la même.

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, on applique par analogie les mêmes critères que pour une atteinte psychique mais avec certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 10.3). Ces critères, pour un accident de gravité moyenne, sont formulés de la manière suivante :

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

Pour les motifs évoqués ci-dessus, aucun de ces critères n'est réalisés.

Le lien de causalité adéquate n'est ainsi pas établi.

**c)** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise. Le recourant ayant eu la possibilité de s'exprimer à multiples reprises, une audience n'apparaît pas utile. Les requêtes en ce sens du recourant doivent ainsi être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas

l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3, 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**10. a)** Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; 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 23 avril 2009 par la G. \_\_\_\_\_ est confirmée.
- III.** L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Olivier Carré (pour le recourant),
- Me Corinne Monnard Séchaud (pour l'intimée),

- 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 :