

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 novembre 2011

Présidence de M. NEU
Juges : MM. Jomini et Mestral
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

U._____, à Penthalaz, recourant, représenté par Me Joëlle Vuadens,
avocate à Lausanne,

et

R._____ **SA**, à Martigny, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) U._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 17 février 1975, travaillait comme infirmier à la Clinique W._____ à Gland et, de ce fait, était obligatoirement assuré auprès de R._____ SA (ci-après: R._____ SA) contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles. Le risque maladie non professionnel était couvert par [...].

Le 26 juin 2007, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation en France voisine. Alors qu'il était passager à l'avant d'un véhicule 4x4 qui l'avait pris en auto-stop, celui-ci est sorti de la route et a heurté un pilier de béton, à faible allure. U._____ a ainsi heurté le pare-brise, se blessant à la tête et aux cervicales. L'assuré n'a pas perdu connaissance. Il a repris son travail le 30 juin 2007. Son employeur a rempli une déclaration d'accident bagatelle LAA le 28 juin 2007.

b) Le 16 août 2007, l'assuré a été soumis à une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) de la colonne cervicale au [...]. Les Drs N._____, médecin associé, et E._____, chef de clinique, ont conclu à une forte suspicion d'une atteinte des ligaments inter-épineux D1-D2 et possiblement des étages adjacents. Ces spécialistes n'ont pas identifié d'anomalie osseuse ou discale à cette occasion.

U._____ a tout d'abord suivi les séances de physiothérapie qui lui avaient été prescrites au [...] avant de consulter la Dresse Q._____, médecin généraliste à Rolle, dès octobre 2007, qui a continué à lui prescrire des séances de physiothérapie. L'assuré a effectué quelques séances d'ostéopathie en parallèle.

c) Dans un rapport du 3 décembre 2007, le Dr L._____, chirurgien orthopédiste FMH, agissant comme médecin conseil de R._____ SA appréciait le cas de la manière suivante:

"L'essentiel de l'histoire de ce patient est connu, Il s'agit d'un status après entorse cervicale bénigne et d'un traumatisme crânien simple.

Initialement, la symptomatologie y relative a été relativement tolérée, bien que significative. L'addition des surcharges chroniques a, conjointement à un probable problème relation patient/premier médecin traitant, conduit à l'incapacité de travail qui court depuis le 20 octobre 2007, c'est-à-dire à distance du traumatisme.

Actuellement, le patient garde des séquelles cliniques de son entorse cervicale, à vrai dire mineures, puisque la mobilité du segment cervical est satisfaisante, alors qu'il n'y a pas de déficit neurologique distal.

Les supputées lésions ligamentaires, inter-épineuses, visibles sur la première IRM, ne semblent pas avoir laissé de traces.

L'IRM actuelle montre par ailleurs une petite formation herniaire D2-3, banale, stable par rapport à celle observée sur la première IRM. Il s'agit probablement d'une découverte fortuite, ne permettant certainement pas de rendre compte de la symptomatologie alléguée par le patient, symptomatologie très probablement séquellaire à l'entorse cervicale.

Une surcharge psychogène n'est pas exclue, chez un patient qui a quelques échéances importantes dans sa vie privée.

Mr U. _____ peut terminer son traitement de physiothérapie/ostéopathie, à charge de l'assureur accident. Il peut reprendre son travail d'ici la fin du mois, la reprise devant se faire par paliers, par exemple 50% après Noël, 100% dès le 5-10 janvier 2008, selon tolérance. En l'absence de lésion traumatique macroscopique significative et surtout à effet durable, le patient devrait à priori retrouver le status fonctionnel usuel de son rachis cervical d'ici 1-2 mois.

Je remercie le médecin traitant de nous tenir au courant de l'évolution."

Le 7 décembre 2007, le Dr T. _____, radiologue FMH, du [...] à Lausanne, adressait au Dr L. _____ un rapport relatif aux examens radiographiques de la colonne cervicale et IRM cervico-dorsale demandés. Ce spécialiste souligne qu'il n'y a pas de pathologie disco-dégénérative à l'étage cervical. Au niveau dorsal, il relève une petite hernie discale médio-latérale gauche en D2-D3 mais aucune autre lésion éventuellement post-traumatique séquellaire.

d) Par décision du 20 décembre 2007, R. _____ SA informait l'assuré que le Dr L. _____ estimait qu'au vu de l'évolution objective des troubles relatifs aux seules suites de l'accident du 26 juin 2007, son état de santé l'autorisait à augmenter sa capacité de travail à 50% au plus tard au 31 décembre 2007 et, en plein, le 14 janvier 2008. Cela étant, l'assurance avisait U. _____ qu'elle continuerait à prendre en charge les

frais de traitement, tant qu'il existerait une relation de causalité au degré exigé par la loi.

L'assuré a formé opposition contre cette décision. Par courrier du 16 mai 2008, R._____ SA l'a informé qu'à bien plaisir et sans reconnaissance d'obligation, elle réglerait à l'employeur l'indemnité journalière jusqu'au 4 février 2008 et annulait ainsi sa décision du 20 décembre 2007.

e) Dans un rapport du 18 juin 2008 à R._____ SA, le Dr V._____, neurologue FMH consulté par U._____, pose le diagnostic de syndrome cervical chronique sur déchirure ligamentaire cervicale supérieure. Il rappelle que l'assuré a subi un traumatisme crânien et cervical direct lors de l'accident du 26 juin 2007 et estime que le mécanisme de l'événement est compatible avec les lésions constatées du point de vue IRM. Selon ce spécialiste, les troubles sont stabilisés et la durée du traitement, uniquement conservateur, est indéterminée. Une consultation a été sollicitée auprès du Dr G._____, chirurgien orthopédique FMH.

f) Dans un rapport du 10 septembre 2008 au Dr V._____, le Dr G._____ évalue la situation de l'assuré de la manière suivante:

"Je confirme que le patient a été victime d'un traumatisme crânio-cervical direct avec, notamment, une plaie frontale. Les investigations radiologiques de l'été 2007 laissent en plus suspecter la présence également d'une lésion ligamentaire dans le complexe interépineux D1-D2 et peut-être des segments sous jacents. L'origine de la lésion discale D2-D3 mise en évidence sur l'IRM de décembre 2007 n'est pas tout à fait claire à mes yeux étant donné qu'elle n'existait pas sur l'examen IRM d'août 2007, pourtant d'excellente qualité. Une petite instabilité segmentaire occasionnée par la lésion ligamentaire interépineuse pourrait-elle en être l'origine? Ceci reste une hypothèse sans que l'on puisse en trouver une confirmation dans la littérature scientifique.

L'étiologie de la symptomatologie douloureuse de ce patient est probablement la lésion ligamentaire mal ou incomplètement consolidée, comme cela arrive souvent avec des lésions de ces structures, ou peut-être la discopathie. J'ai discuté avec le patient de l'attitude thérapeutique à adopter. La symptomatologie actuelle ne me paraît pas assez importante pour nécessiter un traitement lourd, voire chirurgical avec une

hypothétique spondylodèse, avis que le patient comprend et partage entièrement. Je lui ai conseillé de continuer avec un traitement essentiellement fonctionnel tout en continuant ses exercices isométriques de renforcement de la musculature de la nuque.

Concernant tes questions, j'ai déjà répondu à propos du traitement d'une symptomatologie douloureuse qui me paraît, à l'heure actuelle, assez bien maîtrisée et qui devrait tout de même permettre au patient d'exercer son activité professionnelle à 100%.

Quant à l'avenir, nous ne sommes en possession que de peu ou d'aucune information d'ordre scientifique à propos d'une lésion située dans cette région de la colonne vertébrale. Comme je le disais, il est possible qu'il subsiste une légère instabilité segmentaire au niveau des premiers segments dorsaux en raison des lésions ligamentaires incomplètement consolidées. Ceci pourrait entraîner le développement de discopathies ou troubles arthrosiques dans les mêmes segments sans que l'on puisse l'affirmer ni en donner un délai. La discopathie D1-D2 mise en évidence sur l'IRM de décembre 2007 pourrait en être le premier signe. Pour l'instant, j'en resterais donc là pour ce qui en est de l'attitude thérapeutique tout en ne refermant pas complètement le dossier de ce patient."

g) U. _____ a donné son congé de son poste d'infirmier à la Clinique W. _____ pour le 31 octobre 2008.

h) Dans un rapport du 17 novembre 2008, après avoir revu l'assuré à sa consultation, le Dr L. _____ apprécie le cas en ces termes :

"L'essentiel de l'histoire de ce patient est connu.

À bientôt 18 mois du traumatisme, le bilan objectif est encore une fois rassurant (comme ce fut déjà le cas en décembre 2007). La mobilité du rachis cervical est bonne. On a pu exclure un trouble neurologique sous-jacent. Les radiographies standard sont rassurantes pour le segment cervical. L'IRM de contrôle ne montre pas de séquelle inflammatoire de la lésion ligamentaire inter-épineuse diagnostiquée dans les suites du traumatisme. Je ne retiens aucun argument en faveur d'une supputée instabilité régionale, hypothèse qui aurait du être accompagnée d'un état irritatif chronique des articulations du voisinage, voire des structures ligamentaires!

Il reste à apprécier la lésion discale D2-3. Est-elle la conséquence de l'événement qui nous concerne?

L'histoire naturelle des discopathies est bien connue. Il faut des contraintes bien précises, associant une mise en charge répétitive, à une fréquence donnée, en combinant une flexion et une rotation du segment rachidien, et en appliquant une compression donnée, d'une durée d'action prolongée, pour produire une hernie discale (expulsion du noyau pulpeux à travers un défaut de l'anneau fibreux).

Les lésions discales aiguës sont rarissimes, secondaires à des actions vulnérantes à haute, voire très haute énergie, parfois associées à des fractures, des luxations, etc. Ces lésions « aiguës » sont pour la plupart

observées en zone cervicale ou lombaire, siège d'une « hyper-mobilité » inter-somatique. En d'autres termes, une lésion discale aiguë, sur un segment rachidien dorsal, segment rigide, chez une personne jeune, relève de l'exception, devant être le résultat d'un traumatisme violent.

Le traumatisme subi par Mr U. _____ ne rentre clairement pas dans ce cadre, l'énergie déployée par cet événement, qui a eu lieu à une vitesse de 15-20km/h, étant plutôt modérée.

D'autre part, une certaine discrépance entre les éléments objectifs et subjectifs laisse pensif. Cette modeste discopathie, sans autre état irritatif local, dans un segment rachidien rigide, ne doit clairement pas générer une symptomatologie douloureuse marquée. Plus encore, elle ne peut expliquer, dans ce cas, la très nette extension des symptômes, situation qui relève plutôt d'éléments de non organicité (hypersensibilité au toucher sur une zone étendue, rachidienne et para-rachidienne, douleur par-rachidienne lors de la pression axiale, troubles neurologiques frustes du membre supérieur gauche).

Aussi, je pense que nous avons assez d'éléments pour stipuler que l'événement du 26 juin 2007 ne déploie plus d'effets significatifs actuellement. Une autre raison qu'orthopédique doit être recherchée pour expliquer l'essentiel, ou la totalité, de la symptomatologie alléguée, chez un patient qui présente peut-être une surcharge psychogène."

i) U. _____ a été soumis à une nouvelle IRM à la suite de cette consultation chez le médecin-conseil. Dans un rapport du 20 novembre 2008, le Dr T. _____ relève que "l'examen effectué est en tout point superposable à celui réalisé en 2007 avec persistance sans changement significatif d'une petite hernie discale para-médiane gauche en D2-D3. Pas de remaniement résiduel suspect de nature post-traumatique, tant au niveau des éléments osseux que des tissus mous para-vertébraux et des structures ligamentaires. Amplitude fonctionnelle cervicale bien préservée".

j) Par décision du 28 novembre 2008, R. _____ SA a estimé, au vu des divers éléments du dossier, que la relation de causalité entre les troubles à la colonne cervicale et dorsale et ledit accident ne pouvait être admise que jusqu'au 30 novembre 2008 et que, partant, l'octroi des prestations par l'assurance-accident n'était garanti que jusqu'à cette date.

U. _____ a formé opposition contre cette décision.

k) Par décision sur opposition du 3 juin 2009, R. _____ SA a rejeté l'opposition et maintenu sa décision du 28 novembre 2008.

L'intimée a estimé qu'au vu des avis exprimés tant par le Dr G. _____ que par le Dr L. _____ et des investigations effectuées, il n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles dont souffrait U. _____ au-delà du 30 novembre 2008 étaient encore en relation de causalité avec l'accident du 26 juin 2007. Cela étant, R. _____ SA a estimé être fondée à mettre un terme à la prise en charge de l'événement du 26 juin 2007 au 30 novembre 2008, le status quo sine/ante étant à ses yeux atteint à cette date.

B. Le 30 juin 2009, U. _____ a recouru contre la décision précitée, contestant le fait que R. _____ SA cesse la prise en charge des soins inhérents à l'événement du 26 juin 2007. Il met en cause la vitesse du choc retenue par le médecin conseil de l'assureur, qu'il estime supérieure, et relève que, contrairement à ce que retient le Dr L. _____, la relation de causalité est clairement exprimée par le Dr G. _____ concernant la hernie D2-D3. Enfin, le recourant souligne n'avoir aucun antécédents et conteste avoir retrouvé le status quo/ante du fait des douleurs, de la hernie, de la persistance de céphalées, de la gêne dans son sommeil et dans la limitation de certains sports qu'il pratiquait auparavant.

Dans sa réponse du 25 août 2009, R. _____ SA précise s'être fondée sur les premières déclarations du recourant pour retenir que la vitesse au moment des faits était faible, soit inférieure à 30 km/h. L'intimée estime pour le surplus que le recourant n'a pas apporté d'éléments de preuve contredisant de manière motivée les conclusions du Dr L. _____ qui, à ses yeux, ne vont nullement à l'encontre de celles du Dr G. _____. L'intimée constate enfin qu'au vu des investigations effectuées et des avis exprimés tant par le Dr G. _____ que par le Dr L. _____, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles dont souffre le recourant au-delà du 30 novembre 2008 soient encore en relation de causalité avec l'accident subi.

Le 8 octobre 2009, U. _____ a déposé une réplique dans laquelle il revient sur la vitesse du véhicule au moment de l'accident et la

violence du choc. Soulignant que la question du lien de causalité n'a jusqu'ici été abordée que par le Dr G._____ et non par les autres médecins, il sollicite la mise en œuvre d'une expertise tendant à déterminer l'existence ou non d'un lien de causalité entre la hernie dont il souffre et l'accident du 26 juin 2007 ainsi qu'entre cet accident et les douleurs qu'il subit aujourd'hui encore.

Dans sa duplique du 7 novembre 2009, R._____ SA est d'avis que le Dr G._____ ne fait que présupposer un lien de causalité en l'espèce, précisant même que l'origine de la lésion discale n'est pas tout à fait claire. Pour l'intimée, cela ne suffit pas à établir que les troubles dont souffre le recourant au-delà du 30 novembre 2008 soient encore en relation de causalité avec l'accident du 26 juin 2007 au degré de la vraisemblance prépondérante exigée par la jurisprudence.

Dans ses déterminations du 14 janvier 2010, U._____ confirme ses conclusions ainsi que sa requête de mise en œuvre d'expertise, rappelant que seul le Dr G._____ avait abordé ce point jusqu'alors. Selon le recourant, R._____ SA ne peut se borner à contester l'appréciation du Dr G._____ sans autre examen médical de cette question.

C. Une audience d'instruction a eu lieu le 22 mars 2010. Celle-ci a été suspendue de manière à permettre à l'intimée de faire une proposition transactionnelle tendant à la prise en charge des frais de traitement d'U._____ pour une certaine période, pour solde de tout compte et de toute prétention.

Par courrier du 1^{er} avril 2010, l'intimée a informé le Tribunal qu'elle avait transmis une proposition de convention au mandataire du recourant, à titre de règlement définitif de cette affaire.

Par courrier du 19 avril 2010, U._____ a fait savoir au Tribunal qu'il n'entendait pas accepter la proposition transactionnelle qui lui avait été faite et a renouvelé sa requête de mise en œuvre d'expertise.

D. Le 29 avril 2010, le juge instructeur a fait droit à la requête du recourant et a confié une expertise neurologique et orthopédique aux Hôpitaux A._____ (ci-après: A._____). Le rapport d'expertise, daté du 28 janvier 2011 et rédigé par les Drs J._____ et P._____, contient un préambule, une anamnèse, des constatations cliniques, une liste des investigations para-médicales, un diagnostic, une appréciation du cas et les réponses aux questions. Il en ressort en particulier ce qui suit:

"A. 6 APPRECIATIONS DU CAS ET PRONOSTICS

Jeune patient âgé de 35 ans actuellement, victime d'un accident de la voie publique (voiture contre plot en béton à faible-moyenne énergie) le 26.06.2007. Patient partiellement ceinturé. Traumatisme crânien contre le pare-brise sans perte de connaissance, mais avec mécanisme d'hyperflexion cervicale se soldant par une déchirure partielle du ligament inter-épineux au niveau de D1-D2. Evolution défavorable et persistance de douleurs cervicales chroniques maintenant à plus de 3 ans de l'événement.

L'examen clinique cervico-dorsal montre une mobilité limitée d'origine algique surtout pour les rotations gauche et droite; on note une douleur à la palpation des apophyses épineuses de C7, D4 et D5. Il n'y a pas de douleurs à la palpation des apophyses épineuses D1-D2-D3, par contre une sensibilité à la palpation du ligament inter-épineux D3-D4 et D4-D5. La palpation de l'espace D4-D5 provoque des douleurs particulièrement importantes avec déclenchement de paresthésies diffuses dans la face postérieure de l'épaule gauche ne respectant pas un dermatome précis. On retrouve également une diminution de la force de préhension à droite, mais cette évaluation est perturbée par le plâtre brachio-anté-brachial en raison d'une récente fracture au coude.

Les radiographies standards et radiographies fonctionnelles de la colonne cervicale ne montrent pas d'instabilité. Les 2 IRM de 2007 montrent une guérison de la lésion du ligament inter-épineux D1-D2, ainsi que l'apparition d'une petite hernie discale média-latérale gauche en D2-D3 entre août et décembre 2007.

Les cervicalgies chroniques présentées par Monsieur U._____ sont probablement à mettre en lien avec la déchirure du ligament inter-épineux D1-D2. La palpation de la région D2-D3 (en regard de la hernie) ne provoque pas de douleurs. Par contre, la palpation de la région D4-D5 provoque des paresthésies non systématisées sur la face postérieure de l'épaule gauche irradiant dans le bras gauche et les 3^e, 4^e et 5^e doigts à gauche, mais ne respectant en aucune façon pas un dermatome précis.

L'examen clinique est donc plutôt évocateur de douleurs ligamentaires séquellaires liées à son accident plutôt qu'à la découverte fortuite de cette hernie discale D2-D3. En effet, le diagnostic d'hernie discale thoracique est rare et le plus souvent lorsqu'il est post-traumatique, il est la conséquence de traumatismes à haute énergie se soldant par des fractures des vertèbres sus et sous-jacentes ainsi qu'une instabilité de la colonne dorsale pouvant mener à des lésions neurologiques irréversibles.

Sur le plan professionnel, Monsieur U._____ ne travaille [plus] depuis sa démission en 2008. Une reprise de travail partielle en tant qu'infirmier est envisageable, avec un rendement réduit, pour autant que ce poste d'infirmier ne comporte pas le port de charges lourdes et permette une alternance des positions assises et debout. Dans le contexte professionnel évoqué ci-dessus, le temps non travaillé pourrait être mis à profit par le patient pour se reposer et réaliser des séances de rééducation.

A. 7 QUESTIONNAIRE

1. Monsieur U._____ souffre-t-il d'une lésion discale?

Une hernie discale D2-D3 a été découverte fortuitement sur l'IRM du 7.12.2007.

A notre sens, les douleurs que présente Monsieur U._____ ne sont pas directement liées à cette hernie discale mais surtout à des séquelles d'une lésion du ligament inter-épineux de D1-D2 .

2. Si oui, quelle est l'origine de cette lésion ?

Le diagnostic d'hernie discale thoracique est extrêmement rare. Il y a très peu de littérature à ce sujet. Il n'y a également pas d'évidence scientifique qu'un traumatisme à faible-moyenne énergie puisse provoquer des hernies discales à ce niveau. Parfois, des traumatismes à très haute énergie ont été décrits comme pouvant provoquer des hernies discales, mais souvent ils se soldent par des fractures des vertèbres sus et sous jacentes associées ainsi que par une instabilité de la colonne dorsale, pouvant mener à des lésions neurologiques irréversibles. Nous ne sommes absolument pas dans ce cas de figure chez ce patient.

3. Plus particulièrement cette lésion peut elle être mise en lien de causalité avec le choc dont a été victime Monsieur U._____ le 26.06.2007?

La lésion ligamentaire est probablement d'origine traumatique. Par contre, concernant la lésion discale, la cause n'est que possiblement traumatique (cf. point 2).

4. Les douleurs dont souffre actuellement Monsieur U._____ peuvent-elles être mises en lien de causalité avec l'accident dont il a été victime en juin 2007?

Oui, les douleurs dont souffre Monsieur U._____ peuvent être mises en lien de causalité avec la lésion ligamentaire D1-D2, probable conséquence du traumatisme en question.

5. Existe-t-il un traitement qui pourrait soulager Monsieur U._____? La réalisation occasionnelle de séances de physiothérapie et d'ostéopathie peut apporter un soulagement temporaire des symptômes, ce que reconnaît par ailleurs le patient au vu du bon résultat des traitements antérieurs. La prise d'anti-inflammatoires, d'antalgiques et la mise en place de patchs anti-inflammatoires ont également apporté un soulagement des symptômes du patient. Cette prise en charge devrait être associée à un traitement de physiothérapie plus active de type renforcement musculaire doux, et éventuellement réharmonisation posturale globale.

6. Monsieur U._____ subit-il encore une incapacité de travail?

Non, actuellement le patient n'est plus en incapacité de travail puisqu'il a de lui-même démissionné. Une reprise de travail à 90% en tant qu'infirmier est envisageable, pour autant que ce poste d'infirmier ne comporte pas le port répété de charges lourdes et permette une

alternance des positions assise et debout. Les 10% restants seraient bénéfiques pour le repos du patient ainsi que pour d'éventuelles séances de physiothérapie. De plus, cette capacité de travail de 90% devrait être assortie d'une réduction de rendement de l'ordre de 5% pour permettre des pauses occasionnelles durant sa journée de travail.

7. Autre remarque?

Afin d'assurer la qualité de nos expertises médicales, nous vous serions reconnaissants de nous faire parvenir une copie de votre décision."

Les parties ont été invitées à se déterminer sur le rapport d'expertise judiciaire du 28 janvier 2011.

Dans ses déterminations du 9 mars 2011, R. _____ SA, se référant à l'avis du 4 mars 2011 de son médecin conseil, a estimé que les experts faisaient fausse route en établissant un lien de causalité entre les plaintes actuelles du recourant et une supputée séquelle d'une lésion ligamentaire inter-épineuse D1-D2. Selon l'intimée, il est à cet égard flagrant que les experts des A. _____ ont omis de prendre en considération l'IRM cervicale du 20 novembre 2008 qui ne montrait pas de séquelle significative de la lésion ligamentaire suspectée lors de l'IRM du 16 août 2007. Cela étant, elle estime que l'appréciation des experts est incomplète et ne permet pas d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante que les plaintes d'U. _____ sont en lien de causalité avec l'événement du 26 juin 2007.

Dans ses déterminations du 16 mars 2011, le recourant dit ne pas avoir de remarques à formuler quant au rapport d'expertise, si ce n'est à souligner que les douleurs dont il souffre peuvent être mises en lien de causalité avec la lésion ligamentaire D1-D2, probable conséquence du traumatisme subi le 26 juin 2007. Le recourant relève au demeurant que si R. _____ SA entendait contester l'expertise judiciaire effectuée par les A. _____, il lui appartenait de requérir un complément d'expertise ou une contre-expertise. L'intimée ne pouvait selon lui se borner à contester les conclusions de l'expertise en la qualifiant d'incomplète, sans motivation aucune.

Le 5 avril 2011, le juge instructeur a invité les experts judiciaires à se déterminer sur les observations et critiques formulées par

l'intimée et son médecin conseil, s'agissant d'une séquelle d'une lésion ligamentaire inter-épineuse D1-D2, respectivement de sa guérison.

Par courrier du 6 mai 2011, les experts ont confirmé ne pas avoir fait référence, dans leur rapport du 28 janvier 2011, à l'IRM du 20 novembre 2008 puisque celle-ci n'était pas présente dans le dossier qui leur avait été adressé. Ils ont estimé qu'ils ne pouvaient, dans ces circonstances, se fonder sur cet examen dans leur appréciation du cas. Cela étant, ayant reçu avec le courrier du juge instructeur le compte-rendu de ladite IRM, ils ont affirmé que la guérison tissulaire ligamentaire inter-épineuse était effectivement acquise. Selon eux, il n'en demeurait pas moins que le patient gardait des séquelles douloureuses de la charnière cervico-dorsale et de la région dorsale haute, douleurs qui peuvent être mises en lien de causalité avec l'accident dont il a été victime en juin 2007.

Le 27 mai 2011, U._____ a confirmé qu'il maintenait intégralement ses conclusions à l'encontre de R._____ SA tendant à la prise en charge intégrale du traitement subi et à venir en lien de causalité avec l'accident dont il a été victime.

Le 7 juin 2011, R._____ SA a estimé que, selon les termes mêmes utilisés par les experts dans leur écriture, la relation de causalité entre les troubles et l'accident n'était que possible, ce qui était insuffisant pour la retenir. L'intimée relève au demeurant que même si cette relation de causalité devait être considérée comme admise par les experts, ceux-ci n'apportent selon elle aucune justification médicale à leur appréciation de la causalité, se bornant à noter la persistance de douleurs et à admettre la relation avec l'accident sans autre explication. Cela étant, R._____ SA, estimant l'appréciation des experts des A._____ comme peu probante, a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé le 30 juin 2009 contre la décision sur opposition du 3 juin 2009, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus, répondant aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Dès lors qu'il ne peut être exclu que la valeur litigieuse dépasse 30'000 fr., la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 septembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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

b) Le litige porte sur le point de savoir si R._____ SA était fondée à refuser d'allouer à l'assuré des prestations en relation avec l'accident du 26 juin 2007 au-delà du 30 novembre 2008 .

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'évènement 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 évènement 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; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement 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; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^e éd., no 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 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées). 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*; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1 et les références citées; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, no 80 p. 865).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; 125 V 456 consid. 5a; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 2). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 4).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le

droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 251 consid. 3a et les références citées; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Celant étant, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2).

4. Ainsi que cela a été exposé ci-dessus, l'intimée estime que l'état de santé de l'assuré a atteint le statu quo sine/ante dès le 30 novembre 2008, date à laquelle elle a mis fin à ses prestations. De son

côté, U._____ conteste ce point de vue et soutient que l'accident de circulation dont il a été la victime le 26 juin 2007 est à l'origine de ses problèmes dorsaux actuels.

Selon les diverses pièces médicales figurant au dossier, deux types de lésions ont été constatées chez l'assuré: une hernie discale D2-D3, d'une part, une lésion ligamentaire dans le complexe inter-épineux D1-D2, d'autre part. Il convient de se prononcer successivement sur chacune de celles-ci.

a) S'agissant de la hernie discale mise en évidence en D2-D3, le Dr L._____, médecin-conseil de l'intimée, a estimé dans son rapport du 3 décembre 2007 qu'il s'agissait probablement d'une découverte fortuite, ne permettant certainement pas de rendre compte de la symptomatologie alléguée par le patient. Dans son rapport du 17 novembre 2008, le Dr L._____ a confirmé ce point de vue, estimant que le choc subi par l'assuré ne rentrait pas dans le cadre d'un traumatisme violent de nature à provoquer, selon la littérature médicale, une lésion discale aiguë sur un segment rachidien dorsal. Amené à se prononcer sur l'origine de la lésion discale, le Dr G._____ a quant à lui relevé, dans son rapport du 10 septembre 2008, que celle-ci n'était pas claire dès lors qu'elle n'existait pas sur l'examen d'IRM d'août 2007, pourtant d'excellente qualité.

Dans le cadre de l'expertise judiciaire, les Drs J._____ et P._____ ont estimé que les douleurs ressenties par U._____ n'étaient pas directement liées à la hernie discale, découverte fortuitement, le diagnostic d'hernie discale thoracique à la suite d'un accident étant d'ailleurs extrêmement rare. Cela étant, les experts ont retenu que, concernant la lésion discale, la cause n'en était que possiblement traumatique.

L'ensemble des avis ci-dessus convergent. Les experts judiciaires ne retiennent clairement qu'un lien possible entre la hernie et l'accident, ce qui, au degré de la vraisemblance prépondérante, est

insuffisant pour retenir un lien de causalité naturelle entre la lésion et l'événement accidentel. Leur point de vue doit être suivi. Certes, le Dr G._____ exprime des doutes quant à l'origine de la lésion discale dont souffre U._____. Son rapport se borne toutefois à émettre une hypothèse à ce propos, sans fournir d'éléments propres à modifier l'appréciation claire retenue par le Dr L._____ ou les experts judiciaires sur ce point.

b) U._____ souffre également d'une lésion ligamentaire inter-épineuse en D1-D2. Le Dr L._____ estimait déjà en décembre 2007 que ces lésions n'avaient pas laissé de traces. Il relevait en outre, dans son rapport du 17 novembre 2008, que la mobilité du rachis cervical était bonne et que l'IRM de contrôle ne montrait pas de séquelle inflammatoire de la lésion ligamentaire inter-épineuse diagnostiquée dans les suites du traumatisme. Quant au Dr G._____, il souligne que l'étiologie de la symptomatologie douloureuse du patient est probablement la lésion ligamentaire mal ou incomplètement consolidée, comme cela arrive souvent avec des lésions de ces structures, ou peut-être la discopathie. Les experts judiciaires, enfin, ont relevé que les douleurs ressenties par U._____ étaient liées à des séquelles d'une lésion du ligament inter-épineux D1-D2, celle-ci étant probablement la conséquence du traumatisme subi en juin 2007.

Les avis du médecin-conseil de l'intimée et celui du médecin consulté par U._____ sont contradictoires. Invités à se prononcer sur la question, les experts ont souligné, s'agissant des lésions ligamentaires inter-épineuses en D1-D2, l'existence d'un lien de causalité pour le moins probable avec l'accident subi. Ils se sont aussi déterminés, dans leur courrier du 6 mai 2011, sur les critiques émises par l'intimée quant au fait qu'ils n'auraient pas pris en compte, dans leur appréciation, les résultats de l'IRM cervicale du 20 novembre 2008, expliquant clairement pour quelles raisons cet élément n'était pas de nature à modifier leur appréciation. Au vu des conclusions claires et motivées contenues dans leur rapport, dont il n'existe aucun motif de s'écarter dès lors qu'elles reposent sur un examen complet du dossier, l'existence du lien de

causalité naturelle et adéquate est établie entre les lésions ligamentaires dont souffre actuellement U. _____ et l'accident qu'il a subi en juin 2007. C'est donc à tort dans ces circonstances que R. _____ SA a mis fin aux prestations allouées à ce titre à l'assuré.

5. En conclusion, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 3 juin 2009 réformée en ce sens que R. _____ SA doit assumer la prise en charge des suites de l'événement du 26 juin 2007 au-delà du 30 novembre 2008, en ce qui concerne les conséquences de la lésion ligamentaire D1-D2.

La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr. à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 3 juin 2009 par R. _____ SA est réformée en ce sens que cet assureur reste astreint à allouer ses prestations après le 30 novembre 2008 pour les suites de l'événement du 26 juin 2007.
- III.** L'intimée R. _____ SA versera au recourant U. _____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Joëlle Vuadens, avocate (pour U. _____),
- R. _____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :