

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 janvier 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Métral et Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourant, représenté par Me Pierre Seidler, avocat à Delémont

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée

Art. 4 LPGA et 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Par déclaration de sinistre LAA du 29 juin 2007, W._____, employeur de U._____, (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1981, ressortissant français au bénéfice d'un permis L, a informé la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : la CNA ou l'intimée) que son employé avait subi un accident de la circulation le 27 juin 2007, lors duquel son véhicule, arrêté à l'entrée d'un giratoire, avait été heurté à l'arrière par un automobiliste. Après être dans un premier temps rentré chez lui, l'assuré s'est ensuite rendu à D._____ le jour même, où il a été admis de 11 h. 30 à 16 heures. Un scanner a été effectué, qui n'a pas révélé de lésion traumatique à l'étage cérébro-cervico-thoraco-abdominal.

Lors d'une consultation ambulatoire au Service de neurochirurgie de D._____ le 9 juillet 2007, une IRM cervicale a été pratiquée. Le rapport faisant suite à cet examen a conclu à un œdème du ligament interlaminaire et interépineux C2-C3 des deux côtés, compatible avec un étirement. Une déchirure ne pouvait être exclue sur la base de cet examen ; il existait une petite contusion des muscles au contact, mais pas de lésion osseuse ni discale. Une incapacité de travail de huit semaines a alors été prescrite, ainsi qu'un traitement à base d'anti-inflammatoires et de myorelaxant.

Le 7 août 2007, à la demande de la CNA, l'assuré a complété un "questionnaire pour l'éclaircissement des cas de la colonne cervicale". Il en ressort notamment que, après avoir été percuté par un automobiliste qui roulait à environ 40 km/h, l'assuré a amené son propre véhicule sur le bas-côté, où il a établi un constat à l'amiable avec le responsable. Il avait la tête qui tournait. Comme il sortait du fitness et qu'il était encore "chaud", il n'avait pas été trop marqué sur le moment. Une fois rentré à son domicile, il a toutefois constaté des lâchages de la nuque et des pertes d'équilibre, raison pour laquelle il s'est rendu à D._____, où il déclare avoir perdu connaissance durant environ 1,5 heure. L'assuré a

encore expliqué que lors de l'accident, il avait les pieds posés sur la pédale de frein, la tête tournée vers la gauche, que l'airbag ne s'est pas déclenché et que sa tête a subi un choc, d'abord contre le volant, puis contre l'appui tête, les genoux heurtant le tableau de bord. Il a affirmé avoir eu immédiatement mal à la nuque, au bas du dos, aux épaules, aux genoux et au côté droit du thorax, des maux de tête étant survenus dans les heures suivantes.

Le 23 août 2007, un médecin assistant au Service de neurochirurgie de D. _____ a rempli une "fiche de commentaires pour une première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cervical". Il ressort de ce document notamment que l'assuré n'a pas subi de choc à la tête, qu'il ne s'attendait pas à la collision et que la position de la tête était inconnue. Il n'a pas perdu connaissance mais a eu un trou de mémoire de quelques minutes. Il n'a pas eu de réaction de peur et/ou de frayeur. Il a immédiatement éprouvé des douleurs à la nuque et des vertiges, mais pas de nausées ni de vomissements. L'assuré a mentionné spontanément des céphalées et indiqué avoir ressenti immédiatement des acouphènes des deux côtés. Le diagnostic posé dans ce rapport est celui de whiplash II (douleurs de nuque et troubles ostéomusculaires).

Par la suite, l'assuré n'a pas repris le travail et a continué à se plaindre de douleurs cervico-dorso-lombaires constantes, de vertiges et de troubles de la mémoire et de la concentration. Dans un rapport du 19 septembre 2007, établi après avoir examiné l'assuré le 14 septembre 2007, le Dr K. _____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de status après distorsion cervicale simple intervenue le 27 juin 2007 et de syndrome post-distorsion cervicale compliqué par des facteurs de majoration des symptômes. Trois mois après l'accident, ce médecin ne retenait plus aucune incapacité de travail significative concernant les seules conséquences somatiques de l'accident et indiquait notamment ce qui suit :

« Monsieur U. _____ est donc un patient âgé actuellement de 26 ans, responsable de chantiers, en bonne santé habituelle, si ce n'est

un accident ayant semble-t-il laissé comme séquelles une hypermobilité des genoux, victime le 27.6.07 d'un accident de la circulation au cours duquel son véhicule a été percuté de l'arrière alors qu'il était à l'arrêt.

Lors de l'accident, Monsieur U. _____ a apparemment tapé la tête contre une partie du véhicule et a été victime de mouvements forcés complexes de la colonne cervicale.

Dans les suites de cet accident, Monsieur U. _____ a développé un tableau comportant des rachialgies cervico-dorso-lombaires, des troubles de l'équilibre ainsi que des troubles de la mémoire et de la concentration. Il a semble-t-il été victime initialement de plusieurs malaises et d'une perte de connaissance prolongée (après l'accident lui-même).

La symptomatologie susmentionnée persiste encore actuellement, en aggravation aux dires du patient plutôt qu'en amélioration, malgré un traitement ayant comporté jusqu'ici repos à domicile, AINS [*anti-inflammatoire non stéroïdien*], antalgiques et physiothérapie.

Il semble que des investigations radiologiques complètes aient été pratiquées mais on n'en connaît pas le résultat.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué a été dominé par un manque de collaboration, des éléments totalement atypiques et des facteurs indubitables de majoration des symptômes.

En effet, tout d'abord l'appréciation de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire a été rendue impossible par une réaction antalgique immédiate contrastant en fait avec l'absence de toute contracture des muscles paravertébraux. En station debout et à la marche, j'ai observé une instabilité importante, démonstrative. L'examen des paires crâniennes a été sans anomalie significative. A l'examen des membres, j'ai observé une chute freinée à l'épreuve des bras tendus ddc [*des deux côtés*], une impossibilité d'effectuer l'épreuve des jambes fléchies, un ralentissement majeur des mouvements rapides et alternés, des phénomènes de lâchages étagés aux 4 extrémités au testing de la force musculaire, les éléments précités contrastant avec une bonne préservation de la trophicité et des réflexes tendineux ainsi que d'une capacité de déambulation préservée sur le plan moteur. Les épreuves de coordination ont été intestables aux membres inférieurs en raison d'une apparente faiblesse. Quant à l'examen de la sensibilité, ce dernier était également particulier avec une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur gauche et des latences à l'examen de la sensibilité posturale aux quatre extrémités.

En bref, un examen clinique dominé par des éléments atypiques ne permettant pas de mettre en évidence, compte tenu des conditions de collaboration, une atteinte structurelle majeure du système nerveux et locomoteur.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition et sans avoir eu connaissance du résultat des examens radiologiques, Monsieur U. _____ a vraisemblablement présenté lors de l'événement accidentel du 27.6.07, une distorsion cervicale ayant pu comporter des mouvements à la fois latéraux et antéro-postérieurs ainsi qu'un petit choc crânien pour lequel on ne peut pas parler d'un franc TCC [*traumatisme crânio-cérébral*].

Dans les suites de l'accident, Monsieur U._____ paraît avoir développé un tableau de syndrome après distorsion cervicale actuellement compliqué par des facteurs de majoration des symptômes d'origine involontaire ou volontaire.

Dans une telle situation, au travers d'une seule consultation, il est difficile de formuler des propositions de traitement. S'agissant de la capacité de travail, à l'écoute du patient et sur la base du présent bilan je n'objective pas d'éléments permettant de retenir avec probabilité ou certitude l'existence d'une incapacité de travail en relation avec les seules conséquences somatiques de l'événement accidentel du 27.6.07. »

Le 29 octobre 2007, le Dr T._____, médecin conseil de la CNA, a examiné l'assuré et a établi un rapport qui contient notamment l'appréciation suivante :

« On se trouve, chez cet assuré né en 1981, à 4 mois d'un accident de la circulation lors duquel son véhicule est touché à l'arrière alors qu'il se trouve à l'arrêt. Pas de perte de connaissance selon les déclarations inaugurales. Diverses investigations (CT, ex. neurologique approfondi) permettront d'exclure une lésion organique. Une évolution atypique va marquer le décours de l'évènement et va notamment conduire à une prise en charge psychiatrique.

L'examen de ce jour est marqué par une absence prononcée de collaboration : les plaintes sont imprécises et gravitent essentiellement autour d'allégations de troubles de la mémoire et de la concentration. Alors qu'il avait été capable d'établir sans difficulté un constat à l'amiable lors de l'accident et qu'il avait pu décrire avec précision les circonstances de l'accident dans ses déclarations du 07.08.2007, il déclare aujourd'hui ne plus se souvenir de rien alléguant des troubles qui auraient été en s'aggravant petit à petit. Il est inquiet en raison de rougeurs sur la peau du cou lorsqu'il se rase!

Il ne sait pas ce qu'il prend comme médicaments. Il doit réfléchir avant de nous indiquer où habitent ses parents mais nous indique qu'il téléphone pratiquement tous les jours à son frère "pour se reconstruire".

Hormis des atypies et des signes de non-organicité, l'examen clinique ne révèle pas d'atteinte neurologique. La palpation de la colonne cervicale ne déclenche aucune douleur et la raideur de cette dernière est variable.

Hormis un trouble de la statique cervicale vraisemblablement pré-existant, les radiographies de la colonne cervicale pratiquées ce jour ne révèlent aucune lésion ostéo-ligamentaire. Nous rappellerons ici qu'une imagerie rachidienne avait effectivement été effectuée à D._____ et n'avait rien démontré.

On soulignera que l'imagerie pratiquée, aussi bien à D. _____ qu'ultérieurement à la Clinique [...], n'a révélé aucune lésion traumatique rachidienne ni crânio-cérébrale.

En résumé le tableau clinique est dominé par des atypies, des incohérences et des phénomènes d'amplification dont il est difficile d'établir s'ils sont volontaires ou s'ils sont liés à un substratum psychiatrique majeur.

Hormis une prise en charge psychiatrique, nous ne voyons actuellement pas quel traitement pourrait aider actuellement cet assuré.

En l'état, nous ne pouvons que partager l'appréciation du Dr K. _____ qui, à l'issue de son examen approfondi, ne constate aucune atteinte structurelle pouvant être imputée à l'accident et conclut également à des phénomènes de majoration d'origine volontaire ou involontaire.

Nous partageons également l'avis du Dr K. _____ concernant l'absence de lésion somatique objectivable susceptible d'empêcher cet assuré de mettre en valeur une pleine capacité de travail dans la dernière activité exercée avant l'accident.

Nous ne nous prononçons pas ici sur les éléments non-organiques et psychiatriques apparemment invalidants qui se sont greffés sur le décours de l'évènement et qui dominent aujourd'hui largement le tableau. Leur adéquation avec l'accident reste à démontrer : elle pourra être soumise, le cas échéant, aux instances compétentes de la Suva. »

Le 2 novembre 2007, la CNA a informé l'assuré qu'elle suspendait avec effet immédiat toutes ses prestations, puisqu'il ressortait de la consultation du 29 octobre 2007 que l'accident ne déployait plus d'effet du point de vue somatique.

Dans un courrier du 13 novembre 2007 adressé à la CNA, B. _____, spécialiste en psychothérapie FSP, après avoir décrit l'ensemble des plaintes émises par l'assuré, a posé le diagnostic de syndrome post-commotionnel, affirmant que l'état de l'assuré nécessitait un soutien psychothérapeutique et qu'il n'était pas en mesure de reprendre son travail. Elle a joint un rapport du 1^{er} novembre 2007 de P. _____, spécialiste en neuropsychologie FSP, qui retient le diagnostic de syndrome post-commotionnel chronique et préconise un soutien psychologique, ainsi que la reconnaissance d'une incapacité de travail complète dans le travail de chef d'équipe sur les chantiers et partielle dans une autre occupation.

Le 16 novembre 2007, le Dr Z._____, médecin traitant, a établi un rapport à l'intention de la CNA, dans lequel il a diagnostiqué une contusion cervico-dorsale et un syndrome post-commotionnel et a retenu une totale incapacité de travail. Il a indiqué que l'assuré se plaignait de céphalées et de douleurs rachidiennes, de troubles de la mémoire et du sommeil avec des cauchemars, d'angoisses et de diminution de la tolérance au stress, ainsi que d'un état dépressif.

Le 19 novembre 2007, la Prof. F._____, du Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation de D._____, a examiné l'assuré. Dans son rapport, elle a constaté, au premier plan, des perturbations de la mémoire rétrograde et antérograde auxquelles s'associaient un ralentissement et des troubles attentionnels, symptomatologie d'interprétation difficile chez un patient qui paraissait collaborer faiblement à l'examen et présentait des plaintes de type post-traumatique abondantes. Un avis psychiatrique lui paraissait souhaitable.

Dans un rapport du 7 janvier 2008, la Prof. F._____ a indiqué que l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux dorso-lombaire important, qui aggravait probablement ses performances cognitives. Le traitement des douleurs dorso-lombaires devait par conséquent être au premier plan.

Le 30 janvier 2008, l'assuré a fait parvenir à la CNA les pièces figurant à son dossier médical à D._____, dont notamment un rapport établi le 24 septembre 2007 par le Dr X._____, spécialiste en neurologie, qui diagnostiquait un syndrome post-traumatique crânien avec un probable état de stress post-traumatique, étant précisé qu'une IRM cérébrale pratiquée le jour même était normale. Ce médecin indiquait que l'assuré se plaignait d'une céphalée continue constrictive, d'une vision trouble par intermittence, de vertiges, d'une intolérance à la lumière, de troubles de la mémorisation et de la concentration, de malaises avec des chutes, de lombalgies, de troubles du sommeil avec cauchemars et d'un

épisode récent de précordialgies. L'examen neurologique montrait un patient assez bien orienté, un peu ralenti, exécutant correctement les ordres semi-complexes, avec un discret manque du mot, un léger trouble mnésique et un calcul oral préservé et sans apraxie idéomotrice. Une prise en charge psychologique était préconisée.

Le 10 mars 2008, la Prof. F._____ a effectué un nouvel examen neuropsychologique de l'assuré, dont les performances se sont révélées globalement superposables à celles de l'examen du 19 novembre 2007.

Le 20 mars 2008, la compagnie d'assurance J._____, l'assureur responsabilité civile du conducteur fautif, a fait parvenir à la CNA le rapport d'expertise du véhicule de l'assuré. Il en ressort que le pare-choc arrière et le plancher ont été déformés par le choc.

Le 25 mars 2008, l'assuré s'est annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) dans le cadre d'une détection précoce. Le 21 avril 2008, il a déposé une demande de prestations en vue de l'obtention d'une rente et de mesures de réadaptation professionnelle.

Par décision du 11 juin 2008, la CNA a mis fin dès le 2 novembre 2007 aux prestations octroyées à l'assuré par l'assurance-accidents, faute de lien de causalité adéquate entre les troubles allégués par l'assuré et l'accident du 27 juin 2007.

L'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition contre cette décision le 8 juillet 2008. Le 14 mai 2009, il a fait parvenir à la CNA un rapport établi le 30 avril 2009 par le Prof. G._____, à [...], qui indique avoir décelé chez l'assuré, grâce à la réalisation d'une IRM cérébrale avec des images en tenseur de diffusion, plusieurs lésions considérées comme post-traumatiques.

Dans un rapport du 28 mai 2009, le Dr L._____, psychiatre-conseil à la CNA, après avoir examiné le recourant le même jour, a posé le diagnostic de trouble dissociatif. La partie "appréciation" du rapport du Dr L._____ a la teneur suivante :

« Cet assuré présente depuis l'accident du 27 juin 2007 des plaintes multiples qui contrastent avec l'absence d'atteinte organique décelable avec les moyens reconnus et admis par l'état de connaissance médicales actuelles.

La symptomatologie que présente cet assuré n'est pas compatible avec un état de stress post-traumatique. En effet, les circonstances mêmes de l'accident n'ont pas provoqué de réaction d'effroi immédiat. D'autre part, l'accident n'a pas mis en danger de manière menaçante la vie même de l'assuré. Enfin l'assuré ne présente pas de reviviscences constantes des scènes de l'accident.

L'assuré ne présente pas de trouble de l'adaptation ni de trouble thymique. Il présente certes des plaintes de troubles du sommeil et d'irritabilité. Mais ces éléments ne suffisent pas à asseoir un diagnostic de trouble dépressif. Il ne présente pas de retrait social marqué. L'humeur est relativement bonne et il ne présente pas de tristesse. Il ne présente pas non plus d'idées de culpabilité ni de dévalorisation.

Les troubles cognitifs dont se plaint l'assuré sont beaucoup trop importants pour être mis sur le compte d'un traumatisme crânien simple ou d'une distorsion cervicale simple. L'ensemble du tableau clinique d'autre part ne correspond pas un syndrome post-commotionnel. Il n'est donc pas possible de retenir un diagnostic de trouble post-commotionnel.

Les plaintes que présente l'assuré ne sont pas objectivables par les examens objectifs. Tous les examens subjectifs font état d'un manque manifeste de participation de l'assuré et donne des résultats qui sont peu convaincants et contradictoires. L'examen actuel met en évidence des troubles de la mémoire de type mémoire lacunaire. Les plaintes sont massives, en particulier de trouble du sommeil et de la vigilance mais elles ne sont pas corroborées par une observation clinique au cours de l'entretien. Il s'agit donc vraisemblablement d'une perception idiosyncrasique de la fatigue et une inclinaison à l'anticipation négative. Les plaintes de troubles mnésiques ne peuvent être considérées comme l'expression d'un trouble dissociatif.

D'autre part, le parcours de soins de cet assuré est très particulier. En effet le nombre de médecins consultés est impressionnant. L'information entre les différents thérapeutes est quasiment inexistante. Ainsi les mêmes examens sont répétés inutilement. Ce fait n'est pas anodin. Il est vraisemblablement induit par la personnalité de l'assuré qui clive les soins.

En conséquence l'expression de ce trouble dissociatif est bel et bien apparue après l'accident du 27 juin 2007. Mais le lien de causalité naturelle entre cet accident et la pathologie psychique que présente actuellement l'assuré ne peut être établi de manière indubitable.

Exigibilité

Les troubles psychiques que présente cet assuré ne sont pas invalidants. Ils ne sont pas à même de rendre impossible toute activité professionnelle. D'un strict point de vue psychiatrique, l'assuré est à même de travailler dans son activité antérieure sans limitation particulière. »

Le 6 juin 2009, en complément à son rapport d'examen, le Dr L._____ a écrit que le lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident du 27 juin 2009 n'est que partiel, mais néanmoins vraisemblable.

Le 6 août 2009, le Dr R._____, spécialiste en neurologie et médecin-conseil à la CNA, a établi un rapport dans lequel il conclut qu'il est probable que l'assuré ait subi un whiplash Il mais qu'il n'est que possible et non probable qu'il ait subi un léger traumatisme crânio-cérébral.

Le 13 novembre 2009, l'assuré a fait parvenir à la CNA un rapport établi le 4 septembre 2009 par le Dr Q._____, spécialiste en neurochirurgie qui, se référant au rapport du Prof. G._____, retient que le cas de l'assuré dépasse le cadre du "coup-du-lapin" et doit être classé dans une catégorie avec une atteinte plus importante, et certainement définitive.

Par décision sur opposition du 7 janvier 2010, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé que les troubles allégués ne lui ouvrent aucun droit aux prestations d'assurance au-delà du 2 novembre 2007, faute de lien de causalité adéquate entre ces troubles et l'accident assuré.

B. Par acte du 8 février 2010, U._____, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 7 janvier 2010. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à sa réforme, en ce sens que la CNA lui verse, au-delà du 2 novembre 2007, les prestations

découlant de la LAA suite à l'accident du 27 juin 2007. S'appuyant notamment sur le rapport du Dr G._____, il affirme présenter des troubles neuropsychologiques ayant pour origine des lésions organiques cérébrales en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. Le recourant demande enfin que soit mise en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Par réponse du 7 juin 2010, la CNA a conclu au rejet du recours. L'intimée considère que le recourant ne souffre d'aucune lésion physique objectivable, et que les critères nécessaires à l'établissement du lien de causalité adéquate entre les troubles allégués et l'accident assuré ne sont pas réunis, compte tenu notamment du fait que l'accident doit être considéré de gravité moyenne.

Le 15 juillet 2010, le recourant a produit un rapport établi le 21 juin 2010 par le Dr N._____, médecin-associé à l'Hôpital [...], qui indique que le statut neuro-ophtalmologique du recourant est absolument normal. Selon ce médecin, les plaintes émises par le recourant sont très évocatrices d'un syndrome commotionnel. Or les examens cliniques et paracliniques traditionnels sont généralement décevants dans cette pathologie, puisqu'ils ne montrent en principe pas de lésion.

Le 15 septembre 2011, les pièces figurant au dossier de l'OAI ont été versées au dossier du recourant par le juge instructeur. Parmi celles-ci figurent notamment les documents suivants :

a) Un rapport établi le 19 décembre 2007 par le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui indique que, de son point de vue, les troubles allégués par l'assuré sont factices et sont dus à une pure simulation.

b) Un rapport du 19 mai 2008 de la Dresse S._____, spécialiste en rhumatologie, qui pose le diagnostic de syndrome post-traumatique crânien, avec troubles mnésiques et attentionnels et ralentissement suite à un traumatisme crânio-cérébral survenu le 27 juin

2007. Elle atteste une totale incapacité de travail et réserve le pronostic, la situation n'étant pas stabilisée. Le cas n'étant pas de son ressort, elle préconise une neuro-réhabilitation.

c) Un rapport du 14 juin 2008 du Dr H._____, spécialiste en psychiatrie, qui diagnostique un syndrome post-traumatique crânien avec des troubles mnésiques et attentionnels et un ralentissement, suite à un traumatisme crânio-cérébral survenu le 27 juin 2007, ainsi qu'un trouble anxio-dépressif. Ce médecin explique que l'examen clinique était difficile, le patient ne donnant que peu d'informations précises. L'anamnèse était très limitée, très lacunaire et parfois contradictoire. A l'issue de trois entretiens, il restait très difficile d'arriver à une conclusion claire et étayée, tant l'interprétation du cas restait difficile. Selon le Dr H._____, l'hypothèse du trouble factice évoquée par le Dr E._____ était plausible, compte tenu de l'examen clinique, mais restait difficile à confirmer ou infirmer. L'impression générale se dégageant de l'ensemble des investigations effectuées et de la présentation clinique était celle d'une intrication à la fois étroite et complexe d'éléments psychosociaux chez une personnalité probablement carencée sur le plan affectif, peut-être labile ou limitée dans ses capacités d'adaptation ou de résilience.

d) Un rapport d'expertise du 23 mars 2009, émis par le Bureau Romand d'Expertises Médicales (BREM), sous la signature des Drs V._____, spécialiste en neurologie, C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et M._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, faisant suite à des examens qui se sont déroulés sur trois jours et qui comprennent un volet neuropsychologique, établi par Mme A._____, spécialiste en neuropsychologie FSP. Les experts ont conclu à l'absence de tout diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant, tant sur le plan physique que sur le plan psychique. Ils ont reconnu à celui-ci une capacité de travail entière dans toute activité, sans aucune limitation fonctionnelle ni diminution de rendement, au plus tard depuis novembre 2007, date dès laquelle la situation est décrite comme stationnaire du point de vue neuropsychologique. Pour le surplus, la partie

“appréciation” du rapport d’expertise contient notamment les indications suivantes :

« Appréciation somatique

Du point de vue rhumatologique (Dr M. _____)

L’assuré a souffert d’un accident de la circulation, en 2007. Il a subi un choc arrière. Le diagnostic de lésions ligamentaires de la colonne cervicale a été posé au D._____. L’évolution a été favorable, l’assuré déclarant n’avoir plus de douleurs à ce niveau.

Par contre il décrit des douleurs dorsales et lombaires entraînant des épisodes de blocages. Les douleurs s’améliorent lors de l’effort physique. Il faut relever que l’assuré a déclaré le contraire à l’expert neurologue.

L’examen clinique a mis en évidence des troubles de la posture avec une augmentation de la lordose et un relâchement de la sangle abdominale. La palpation et la percussion de D9 à D12 sont douloureuses. Les examens radiologiques (IRM du 28 décembre 2008) mettent en évidence des séquelles d’une maladie de Scheuermann.

Le reste de l’examen rhumatologique est dans la norme.

La maladie de Scheuermann provoque des troubles de la posture en augmentant la lordose et la cyphose. Elle se produit durant la croissance liée à l’adolescence. Elle se traite par des exercices appropriés et une activité physique régulière (natation, marche, vélo...). Ce que fait l’assuré tous les jours.

Elle n’entraîne pas de limitation au niveau professionnel.

L’assuré dit aller, toutes les après-midi, faire de l’exercice dans un fitness. Il ne décrit aucune gêne ou limitation pendant les exercices qu’il fait.

Je suis étonné par le fait qu’il ait refusé de monter les escaliers se trouvant dans mon cabinet. Il a demandé de prendre l’ascenseur. La maladie de Scheuermann ne peut pas expliquer ce refus. Il n’a pas d’atteinte au niveau des muscles (absence d’amyotrophie) des membres inférieurs. Il n’y a également pas de syndrome radiculaire (absence de canal lombaire étroit ou d’hernie discale à l’IRM de décembre 2008).

Je peux donc conclure que l’accident de 2007 n’a entraîné aucune séquelle ostéoarticulaire et que les plaintes sont dues à des séquelles d’une maladie de Scheuermann.

Il n’y a pas de répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci est entière. Mon appréciation rejoint celle de la Dresse S. _____ qui a examiné l’expertisé en 2008 concernant l’appareil locomoteur.

Du point de vue neurologique (Dr V. _____)

L'anamnèse des circonstances de son accident, son autobiographie sont données de façon très floue. Parfois même, on note d'importantes discordances. En effet, s'il présente des troubles de la mémoire très importants allant jusqu'au point d'oublier sa propre date de naissance, les circonstances de l'accident et tout ce qui s'est passé depuis juin 2007, nous sommes très surpris de constater le fait qu'il puisse utiliser un natel à la recherche du nom de son médecin traitant, de décrire avec précision certains accidents de chantier survenus par le passé, de donner une anamnèse précise de son accident au Docteur C. _____ et à peine ébauchée une heure plus tard. Lorsque nous lui indiquons l'adresse de Mme A. _____, il nous dit qu'il se dirigera grâce à son GPS. L'utilisation de cet appareil ne semble pas poser de problème particulier malgré la complexité des procédures pouvant exister dans son utilisation. En conséquence, ces éléments anamnestiques, cliniques et constatés durant mon évaluation nous font suspecter l'existence d'une majoration importante. Le reste de l'examen neurologique est non contributif puisque normal. Nous relevons toutefois une boiterie non systématisée, changeante en fonction des circonstances, puisqu'elle disparaît s'il marche dans des situations où il n'est pas observé. Nous relevons en particulier l'absence d'atteinte de l'olfaction, d'élément évocateur d'une lésion cérébrale focalisée ou de troubles neurologiques s'intégrant dans le cadre d'une atteinte radiculaire cervico-dorso-lombaire, cérébrale ou médullaire post-traumatique.

Ces constatations sont aussi relevées dans le cadre de son évaluation neuropsychologique faite dans le cadre de celle expertise.

En examinant les documents à disposition, notamment son rapport d'admission aux urgences de D. _____ le 27.06.2007, 16 heures, je note qu'il y est resté de 11 h 30 à 16 heures. Ils rapportaient un accident à vitesse lente, qu'il portait la ceinture. Il présentait des céphalées avec cervicalgies et des fourmillements prédominant au niveau du pouce droit. Il est décrit comme somnolent. Il est relevé dans le rapport d'observation des infirmières l'absence de dermabrasions ou de plaies au niveau de la tête, l'état de conscience est décrit comme fluctuant.

Sa situation s'est rapidement améliorée. Il quitte le service avec le port d'une minerve.

Ultérieurement, le 24 septembre 2007, il est examiné par le Docteur X. _____, qui relève dans son anamnèse l'absence de perte de connaissance. Il signalait qu'il avait la tête tournée vers la gauche. A son domicile, dans les suites immédiates de l'accident où il s'est donc rendu dans un premier temps, il a eu plusieurs malaises et ce n'est que dans un deuxième temps qu'il a dû ensuite être transporté aux urgences de chirurgie à D. _____. Il aurait alors perdu connaissance. Aux urgences de D. _____ il n'a pas été constaté de lésion du cuir chevelu, de bosse séro-sanguine ou de troubles neurologiques focaux hormis un état de désorientation transitoire. Les examens neuroradiologiques cérébraux et cervicaux effectués ce jour-là n'ont pas mis en évidence de lésion intracrânienne, de lésion du cuir chevelu ou cervicale. Ultérieurement, le Docteur X. _____, neurologue, ne relève pas de perte de connaissance.

Conclusions de l'examen neuropsychologique

[...]

Ces différents éléments prouvent donc l'absence d'impact significatif au niveau de la tête, donc de traumatisme crânio-cérébral avec commotion cérébrale pouvant expliquer son tableau clinique actuel. En ce qui concerne les circonstances de l'accident, il convient de relever que l'accident s'est fait à vitesse lente (40km/h), de l'absence de perte de connaissance ou d'amnésie circonstancielle (il raconte les circonstances de l'accident, le fait que l'autre conducteur avait une grosse berline, qu'il lui avait donné sa carte de visite en reconnaissant sa faute), qu'il a pu rentrer à domicile en voiture, aller à D. _____ où l'observation neurochirurgicale n'a pas révélé de signes évocateurs d'une pathologie cérébrale traumatique. Un bilan neuroradiologique extensif n'a pas démontré de lésion post-traumatique. Par la suite, les troubles neuropsychologiques nous intéressant se sont clairement développés de façon progressive, à distance de l'accident. Ceci est bien démontré dans le cadre des différentes évaluations neuropsychologiques effectuées et relevé par Mme A. _____ dans ce rapport. Son examen neurologique ne révèle aucune autre lésion focale (troubles de l'olfaction, des voies longues).

En conséquence, nous ne pouvons retenir l'existence d'une lésion cérébrale pouvant expliquer le tableau neurologique et neuropsychologique nous occupant.

Du point de vue rachidien, je ne retiens aucune souffrance neurologique.

Appréciation psychiatrique

- Nous sommes en présence d'une personne de 27 ans chez qui le développement psychoaffectif a été marqué par une séparation parentale et un placement consécutif dans une famille d'accueil vers l'âge de 10 ans.

Il existe également la notion de violences au sein du couple parental et le fait que la mère a été traitée en raison de cela. Ces éléments défavorables ont interféré avec le processus de maturation psychoaffective.

Ceci étant, il n'y a pas d'arguments pour la présence d'une personnalité pathologique selon les critères de la CIM-10. En particulier, il ne s'avère pas qu'il y ait eu depuis l'adolescence de dysfonctionnements durables dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel, dysfonctionnements se manifestant dans tout type de situation et qui auraient pu être à l'origine d'une souffrance personnelle ou d'un impact nuisible sur l'environnement social. Cela se reflète par le fait que Monsieur U. _____ ne signale aucune souffrance psychique avant l'accident du 27 juin 2007 et cela se reflète par le fait qu'il a été à même de s'intégrer dans le monde du travail. Plus particulièrement, il ne s'avère pas que les changements d'emploi aient été en lien avec une quérulence ou avec des comportements

dysfonctionnels menant à des licenciements systématiques. Enfin, sur le plan sentimental, si l'assuré n'a pas été à même de s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme, il ne s'avère pas pour autant que sa vie affective soit chaotique ou tumultueuse ; signalons en outre que la dernière relation a pris fin en raison de l'atteinte à la santé de l'assuré après l'accident du 27 juin 2007 et non pas à cause des manifestations d'une personnalité morbide.

Si, à la lumière des renseignements médicaux en notre possession ainsi qu'à la lumière de l'anamnèse dirigée il n'y a pas d'arguments suffisants pour la présence d'un trouble de la personnalité, cet aspect doit être pris avec circonspection, cela en raison des lacunes importantes de l'assuré dans la restitution des renseignements.

- Dans le rapport de consultation neurologique du 24 septembre 2007, le Docteur X. _____ mentionne la présence probable d'un état de stress post traumatique. A l'examen clinique, il n'y a cependant pas de symptômes persistants traduisant une hypersensibilité psychique et une hypervigilance, il n'y a pas de conduites d'évitement (l'assuré a repris la conduite automobile et a été amené à repasser par l'endroit où a eu lieu l'accident), de même qu'il n'y a pas de reviviscences envahissantes à l'origine d'un sentiment de détresse. Enfin, l'accident du 27 juin 2007 ne constitue pas une situation ou un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique dans l'esprit des classifications psychiatriques internationales (CIM, DSM). En effet, les types de situations cités pour un état de stress post-traumatique sont ceux de l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême qui implique objectivement le vécu direct et personnel d'un événement tel que les situations de combats militaires, les agressions personnelles violentes, le fait d'être kidnappé, le fait d'être pris en otage, les attaques terroristes, la torture, l'incarcération en tant que prisonnier de guerre ou dans un camp de concentration, les catastrophes naturelles ou d'origine humaine ainsi que les accidents de voitures graves. Signalons enfin que le Docteur E. _____ (rapport de consultation du 19 décembre 2007) écarte le diagnostic d'état de stress post traumatique.

Au vu de ce qui précède et en particulier de l'absence de critères diagnostiques essentiels (A., B., C. et D.), le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne peut pas être retenu.

- Dans le rapport médical AI du 14 juin 2008 du Docteur H. _____, psychiatre, figure le diagnostic de trouble anxiodépressif. Dans le rapport d'évaluation psychologique du 13 novembre 2007, Madame B. _____ fait état de la présence de crises d'anxiété nocturnes et diurnes, d'une diminution de la tolérance au stress et aux émotions et d'affects dépressifs.

Actuellement, il n'y a pas de symptomatologie dépressive en ce sens que Monsieur U. _____ ne présente pas de tristesse, il n'y a pas d'anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir) de même qu'il n'y a pas de diminution de l'énergie ou de la motivation. Il n'y a pas non plus de perte de l'estime de soi, Monsieur U. _____ ne s'adresse pas des reproches excessifs ou inappropriés et il n'a pas d'idées de mort. Il n'y a pas non plus de symptomatologie dépressive, même réduite ou disparate.

Monsieur U. _____ se dit anxieux pour des aspects ponctuels tels que la convocation pour les examens d'expertise médicale. Il ne s'avère cependant pas que cette anxiété soit incapacitante en ce sens qu'elle n'est pas déstructurante (absence d'invasion du psychisme par l'angoisse avec abolition de tout processus de pensée). En outre, l'anxiété que présente l'assuré n'est pas accompagnée par une symptomatologie neurovégétative ou somatique autre accompagnant typiquement l'angoisse (tremblements, palpitations, sécheresse buccale, gêne épigastrique).

Au vu de ce qui précède, le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte ne peut pas être retenu. Il n'apparaît pas non plus que dans le passé, il ait existé une anxiété ou une symptomatologie dépressive incapacitante.

- Dans le rapport de consultation du 19 décembre 2007, le Docteur E. _____ parle d'une "pure simulation chez un sujet qui est en Suisse depuis le mois de mai 2007 au bénéfice d'un permis L et dont les motivations paraissent plus qu'incertaines". Sont relevés un manque d'authenticité, des discordances et la capacité de donner des réponses plus au moins exactes sur son passé lorsque l'on se montre beaucoup plus directif. Des contradictions sont également mentionnées par le Docteur H. _____ dans le rapport médical AI du 14 juin 2008 mais celles-ci ne sont pas détaillées. Dans le rapport d'examen neuropsychologique du 10 mars 2008, le Professeur F. _____ mentionne une symptomatologie d'interprétation difficile chez une personne qui paraît collaborer faiblement à l'examen et présentant des plaintes de type post-traumatique abondantes.

Au cours de l'examen du 8 décembre 2008, nous avons constaté plusieurs discordances. En particulier, Monsieur U. _____ est incapable de donner des indications sur son père et des conditions dans lesquelles il a vécu avec lui, même de manière grossière, de même qu'il dit être incapable de donner des indications, même vagues, sur la période du service militaire, alors qu'il est à même d'expliquer de manière très détaillée un accident dont il a été témoin lorsqu'il travaillait dans la construction du métro à [...].

De surcroît, au cours de l'examen du 8 décembre 2008, il a été à même de décrire précisément les suites de l'accident du 27 juin 2007 à l'expert psychiatre alors qu'il n'a pas été à même de le faire lorsqu'il a été interrogé par l'expert neurologue, et cela à environ 1 heure 30 d'intervalle.

Par ailleurs, l'assuré se plaint de troubles cognitifs prononcés, alors qu'il utilise un GPS, appareil complexe dont le maniement nécessite des capacités cognitives intactes, sans difficulté.

Mentionnons également que sur insistance, Monsieur U. _____ est à même de donner des précisions.

Enfin, au fur et à mesure de l'évolution de l'examen psychiatrique (2 heures 30), le ralentissement idéique s'est progressivement amenuisé pour disparaître, et le discours est devenu plus précis.

S'il existe des indices en faveur d'une simulation (discordance entre l'atteinte telle qu'elle est rapportée par l'assuré et certains éléments objectivés lors de l'examen ; indications subjectives de graves entraves mais fonctions

psychosociales au quotidien globalement préservées ; symptomatologie peu plausible au vu de l'importance réduite l'accident et d'absence de perte de connaissance dans les suites immédiates de l'événement), il n'existe pas de preuves formelles pour cela.

- Au vu de cette difficulté et afin d'objectiver et de quantifier le plus possible les atteintes neuropsychologiques, nous avons procédé à la passation de tests neuropsychologiques. Les conclusions en sont :

La passation de cet examen a donné lieu à des irrégularités dans les performances, des incohérences dans certains résultats, et des performances atypiques.

Pour les incohérences et irrégularités dans les performances obtenues ici :

Le ralentissement du patient aux tests et à l'émission du langage est ainsi intermittent, puisque contrastent des occurrences de ralentissement massif et d'autres pendant lesquelles le patient agit et réagit avec rapidité et adéquation.

Il faut par ailleurs dans ce registre relever également l'absence de chute des performances globales après un long temps de concentration, qui ne montre pas de fatigabilité particulière.

Par ailleurs, contrastent avec ses performances catastrophiques aux tests mnésiques (en mémoire épisodique, en mémoire immédiate et de travail) une mobilisation adéquate de la mémoire des tests passés au fur et à mesure. Il en va de même pour les souvenirs biographiques : très difficilement sollicités sur le questionnement, ils peuvent apparaître au détour de la conversation de manière plus inopinée.

Je rapproche mes constatations sur ces deux plans, de celle du Prof P._____, qui notait une dissociation automatico-volontaire au niveau des performances mnésiques et du ralentissement mental.

Je rappellerais également que le Prof F._____ avait émis des réserves quant à l'interprétation des performances extrêmement mauvaises obtenues aux tests mnésiques lors de l'examen de novembre 2007, proches du hasard.

Pour ce qui est des incohérences et irrégularités observées entre les différents examens neuropsychologiques : il semble que la mémoire autobiographique, non atteinte lors de l'examen du Prof P._____ qui permet heureusement de collecter un certain nombre d'informations sur les antécédents personnels et professionnels du patient, connaisse une chute brutale entre le 30 octobre 2007 date de son examen, et le 19 novembre 2007, soit 20 jours après, puisque le patient ne parvient plus à donner des notions biographiques essentielles lors de l'examen avec le Prof F._____ : cette chute perdure apparemment à ce jour puisque tous les examinateurs, moi y compris, ont noté la difficulté à obtenir des données anamnestiques anciennes.

Il faut encore noter des fluctuations dans la performance aux tests de fluence verbale, en ordre chez le Prof P._____, déficitaires chez le Professeur F._____ lors de ses deux examens, de nouveau dans la norme au mien.

Les épreuves Stroop, de même, étaient bonnes chez le Prof. P._____, par la suite invariablement ralenties et donnant lieu à des difficultés de type Stroop.

Il faut encore signaler l'apparition, au 10 mars 2008, d'un langage spontané "parfois peu articulé", alors que des troubles de l'articulation n'ont pas été notés auparavant, ni lors de mon examen d'aujourd'hui ; le patient, questionné à propos de l'existence éventuelle de troubles de l'articulation suite à l'accident, ne parvient pas à se montrer affirmatif et reste dans le vague.

Pour ce qui est des performances atypiques par rapport à l'ensemble de l'examen, je relèverai pour ce qui est de mon examen, la difficulté aux praxies réflexives sur le corps propre, à la discrimination de dessins superposés ; les fausses évocations au test d'apprentissage verbal, liées entre elles sur le plan phonétique mais non liées au contenu du matériel appris (champion-champignon) ; le rapetissement de la performance graphique aux frises de Luria.

Ces diverses constatations, le caractère profondément atypique du tableau neuropsychologique constaté un an et demi après l'accident, ne nous permettent pas à ce jour d'inférer, des résultats à notre examen, la présence de troubles neuropsychologiques réels actuels. »

Les experts concluent leur rapport par les remarques suivantes :

« Du point de vue neurologique et neuropsychologique les manifestations constatées évoquent une majoration pour le moins très importante. La recherche de bénéfices secondaires ou d'une simulation n'est pas du ressort médical et devront être explorées par les autorités compétentes. Nous soulignons donc que nous ne nous prononçons donc pas sur cet aspect de sa problématique.

M. U._____ signale lors de son anamnèse neurologique que son avocat lui propose la possibilité d'effectuer une investigation neuroradiologique très spécialisée à l'étranger. S'il s'agit d'une IRM avec des séquences "DWI", il convient de dire d'emblée que cette technique pourrait révéler des hyperintensités de la substance blanche. Ceci pourrait alors être une allégation de son avocat ou du radiologue quant à l'existence de lésions à rattacher à un cadre post-traumatique. Ces affirmations ne sont actuellement pas acceptées par les spécialistes en traumatologie compte tenu du caractère très aspécifique de ces altérations. En effet, il est reconnu que cet examen peut révéler des anomalies de la substance blanche qui sont d'un caractère totalement aspécifique et qui doivent être confrontées à des données objectives, histologiques et bien évidemment cliniques objectives. Elles pourraient aussi être de simples changements liés à l'âge... En conséquence quelles que soient les trouvailles de cet examen tous les spécialistes reconnaissent que les circonstances de l'accident, la clinique, l'examen neurologique et neuropsychologique priment. »

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 LAA [loi fédérale du 30 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. 56 et 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).

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). En vertu de l'art. 93 al. 1 let. a LPA-VD, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause.

b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il répond également aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à continuer à bénéficier, au-delà du 2 novembre 2007, des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de son accident du 27 juin 2007.

3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Aux termes de l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés ; il suffit en effet que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'atteinte dommageable ne puisse pas être qualifiée d'accident et qu'elle doive être, le cas échéant, qualifiée de maladie (ATF 129 V 402, consid. 2.1 ; 122 V 230, consid. 1 ; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s., consid. 2). L'une de ces conditions, notamment, suppose qu'il existe, entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1).

4. L'existence d'un lien de causalité naturelle est admise lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit que, associé 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. Il s'agit là d'une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177, consid. 3.1 ; 402, consid. 4.3).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (cf. Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e

éd., n. 80 p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (ATF 119 V 335, consid. 2b/bb). Il convient en principe au contraire d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Cela étant, en matière de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique qui présente de multiples plaintes, pour autant que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109, consid. 9 ; TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 2.2 et les références).

Ainsi, la première question à résoudre est celle de savoir si les caractéristiques d'un traumatisme de type "coup du lapin" ont été diagnostiquées dans le cas d'espèce. Le tableau clinique caractéristique retenu par la jurisprudence à ce propos fait état des plaintes suivantes: maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vue, irritabilité, altération de la sensibilité, dépression, modification de la personnalité et plaintes multiples. Par ailleurs, des douleurs cervicales doivent nécessairement se manifester dans un délai de 72 heures après l'événement accidentel pour que l'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle avec ce dernier (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 6.1 et les références). Enfin, le mécanisme accidentel doit être propre à provoquer de tels troubles (cf. ATF 117 V 359, consid. 4b ; Jean-Michel Duc, La jurisprudence des assurances sociales concernant les traumatismes cervicaux, RSAS 2008 p. 58).

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

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3a précité). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee et les références). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless précité, n. 688c, p. 1025). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

6. En l'occurrence, le diagnostic de whiplash II est admis par l'intimée et ressort du rapport établi le 23 août 2007 par un médecin-

assistant du service de neurochirurgie de D. _____ suite à la première consultation du recourant après son accident. Il est également indiqué dans ce rapport que le recourant a ressenti immédiatement des douleurs à la nuque et des vertiges, ainsi que des acouphènes. Ce dernier a également mentionné spontanément des céphalées, survenues dans les heures ayant suivi l'accident. Dans le questionnaire complété le 7 août 2007, le recourant a par ailleurs indiqué qu'il avait également ressenti immédiatement des douleurs au bas du dos, aux épaules, aux genoux et du côté droit du thorax. Par la suite, il s'est constamment plaint de troubles de la concentration et de la mémoire. Plusieurs rapports médicaux font également état de troubles psychiques : le Dr Z. _____ diagnostique un syndrome post-commotionnel et le Dr H. _____ évoque notamment la possibilité d'un trouble anxio-dépressif. Cependant, nombre de médecins rapportent un manque de collaboration du recourant, ainsi qu'une majoration, voire même une simulation, de ses plaintes, ce qui fait douter de l'intensité des plaintes exprimées et donc de la réalité du tableau clinique caractéristique d'un traumatisme de type "coup du lapin". La question de l'examen du lien de causalité naturelle peut toutefois demeurer ouverte, dans la mesure où, comme il sera démontré dans ce qui suit, un rapport de causalité adéquate fait dans tous les cas défaut dans le cas d'espèce.

7. a) Le droit à des prestations d'assurance suppose en effet également, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. Il s'agit là d'une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403, consid. 4a). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2 ; 402, consid. 2.2 ; 125 V 456, consid. 5a et les références).

b) 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 (cf. ATF 127 V 102, consid. 5b/bb). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un événement dommageable et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même, en fonction de son déroulement et des lésions subies (TFA U 214/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.3).

c) Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre celui-ci et des troubles psychiques développés par l'assuré doit, en règle générale, être d'emblée niée. Dans le cas d'un accident grave au contraire, l'existence du lien de causalité adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. Enfin, en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;

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

Tous ces critères ne doivent toutefois pas être réunis pour que le lien de causalité adéquate soit admis. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite du peu de gravité, les critères à prendre en considération devront se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour qu'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques soit admis (ATF 129 V 402, consid. 4.4 ; 115 V 133, consid. 6c/aa ; 115 V 403, consid. 5c/aa).

d) Dans les cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, auxquelles 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.

a.a) 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 - à la différence qu'il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359, consid. 6a ; RAMA 1999 n° U 341 p. 407, consid. 3b) - avec néanmoins certaines modifications (ATF 134 V 109, consid. 10.3). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé) ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé) ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée) ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé) ;

- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé) ;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée).

b.b) Toutefois, 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 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 parce qu'elle serait intervenue immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces autres atteintes n'auraient 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 ; TFA U 164/01 du 18 juin 2002, consid. 3b), soit encore parce que 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 (TFA U 96/00 du 12 octobre 2000, consid. 2b ; 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).

8. a) Le recourant expose qu'il souffre toujours d'atteintes somatiques qui se trouveraient en lien de causalité adéquate avec son accident. Il s'appuie sur le rapport du Prof. G._____ pour attester l'existence de telles lésions. Or la méthode diagnostique employée par le Prof. G._____ a déjà fait l'objet d'une appréciation par le Tribunal fédéral, notamment dans un arrêt récent rendu en matière d'assurance-accidents (TF 8C_978/2009 du 14 janvier 2011, consid. 5.2 et les références citées). La Cour suprême a ainsi rappelé qu'une IRM

fonctionnelle (par la technique dite de tenseur de diffusion 3D) ne constitue pas une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale, comme l'indiquent également les experts du BREM. Les conclusions découlant du rapport du Prof. G. _____ et de celui du Dr Q. _____, qui se fonde sur le premier, ne sauraient donc être retenues, d'autant plus que le rapport du Dr Q. _____ apparaît par ailleurs contenir des imprécisions, notamment lorsqu'il écrit que le recourant était, avant son accident, cadre avec des responsabilités, alors qu'il n'avait effectué, en dernier lieu, qu'une mission temporaire de quelques jours en qualité de contremaître.

Dans le cadre de la procédure ouverte auprès de l'assurance-invalidité, le recourant a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire par les médecins du BREM. Or ces experts ont tous conclu à l'absence d'atteinte à la santé pouvant entraîner une incapacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, le Dr M. _____ relève l'incohérence des plaintes exprimées par le recourant, qui refuse par exemple de monter les escaliers menant à son cabinet alors qu'il ne présente aucune atteinte au niveau des muscles des membres inférieurs et qu'il se rend même tous les après-midi dans un fitness. Il ne diagnostique que des séquelles d'une maladie de Scheuermann, affection sans aucune conséquence sur la capacité de travail.

Sur le plan neurologique, le Dr V. _____ relève des discordances dans l'anamnèse : après avoir décrit précisément l'accident au Dr C. _____, le recourant n'a notamment plus été capable que d'en ébaucher la description à peine une heure plus tard. Le Dr V. _____ constate également que le recourant adopte un comportement différent, selon qu'il se sente observé ou non. Se référant aux examens pratiqués à D. _____ le jour de l'accident puis ultérieurement par le Dr X. _____, l'expert neurologue conclut que le recourant n'a subi aucun impact significatif au niveau de la tête et qu'il ne souffre d'aucune lésion post-traumatique.

Le rapport d'expertise du BREM a été rédigé sur la base d'examens cliniques complets. Il tient compte des plaintes du recourant et de l'ensemble des renseignements médicaux figurant au dossier ; les avis exprimés par les différents praticiens consultés par le recourant sont d'ailleurs examinés de façon détaillée par les experts. L'anamnèse est complète pour chaque pan de l'expertise, qui apparaît exempte de contradictions et dont les conclusions, claires et longuement motivées, sont par ailleurs confirmées tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique par d'autres praticiens, qui tous retiennent un manque de collaboration de la part du recourant : le Dr K. _____ retient ainsi une "indubitable" majoration des symptômes d'origine volontaire ou involontaire, et l'absence d'atteinte structurelle majeure du système nerveux et locomoteur ; le Dr T. _____, qui déclare partager l'avis du Dr K. _____, évoque également l'hypothèse d'une majoration des symptômes et relève l'absence de lésion somatique objectivable.

Au vu de ce qui précède, l'existence d'une quelconque atteinte à la santé physique en lien de causalité adéquate avec l'accident assuré ne saurait être retenue. Il convient toutefois également de se demander si le recourant a développé des troubles d'origine psychique qui se trouveraient quant à eux en lien de causalité adéquate avec cet accident.

b) Dans le cadre de l'expertise du BREM, le Dr C. _____ constate l'absence d'état de stress post-traumatique, faute de symptômes persistants traduisant une hypersensibilité psychique et une hypervigilance, de conduite d'évitement ou de reviviscences envahissantes à l'origine d'un sentiment de détresse, l'accident ne paraissant par ailleurs pas avoir été d'une gravité telle qu'il doive entraîner un tel état. L'expert psychiatre conclut également à l'absence de symptomatologie dépressive. Il relève les difficultés connues par les précédents praticiens qui ont examiné le cas du recourant, le Dr E. _____ ayant même évoqué la possibilité d'une simulation, que l'expert n'exclut pas mais pour laquelle il affirme qu'il n'existe pas de preuves formelles. Quant à l'examen neuropsychologique effectué dans le cadre de

l'expertise, il démontre également l'absence de troubles neuropsychologiques réels.

Cette appréciation est confirmée par le Dr L._____, qui ne retient pas d'état de stress post-traumatique ni de trouble dépressif, et qui écarte l'existence de tout trouble psychique invalidant ; quant au psychiatre traitant, le Dr H._____, il constate qu'il reste très difficile d'arriver à une conclusion claire, du fait des informations imprécises et parfois contradictoires données par son patient ; il considère ainsi plausible l'hypothèse d'un trouble factice, même si elle est difficile à confirmer.

Certes, d'autres médecins dont le rapport figure au dossier retiennent que le recourant souffre d'affections d'origine psychique. Les rapports de ces médecins ne remettent toutefois pas en cause de façon déterminante les conclusions des experts du BREM. Mme B._____, psychothérapeute, indique, sur la seule base des plaintes émises par le recourant, que ce dernier souffre d'un syndrome post-commotionnel qui le rend inapte à reprendre un travail. Elle s'appuie sur le rapport d'examen neuropsychologique du Dr P._____, qui recommande de reconnaître rapidement au recourant une incapacité de travail complète dans son activité habituelle et partielle dans une autre occupation. Quant à la Prof. F._____, qui a examiné le recourant d'un point de vue neuropsychologique, elle indique, tout en évoquant également un manque de collaboration du recourant, que celui présente des plaintes de type post-traumatique ; elle ne se prononce toutefois pas sur sa capacité de travail, l'interprétation des symptômes observés lui paraissant difficile. La Prof. F._____ indique également que le traitement des douleurs dorso-lombaires lui semble devoir se situer au premier plan. Or le contenu des rapports du Dr P._____ et de la Prof. F._____ a été repris et analysé par les experts du BREM, qui ont expliqué de façon détaillée et convaincante les raisons pour lesquelles ils ne retiennent quant à eux aucun trouble neuropsychologique, du fait notamment de diverses incohérences et irrégularités observées lors des différents examens pratiqués. En ce qui concerne le Dr Z._____, médecin traitant, il fait état

le 16 novembre 2007 notamment d'un syndrome post-commotionnel ayant comme conséquence une totale incapacité de travail, sans motiver son point de vue. Pour sa part, la Dresse S._____, rhumatologue, ne reconnaît une totale incapacité de travail qu'en ce qui concerne le syndrome post-traumatique crânien, induisant des troubles mnésiques et attentionnels et un ralentissement; elle préconise une neuro-réhabilitation, relevant que cette pathologie n'est pas de son ressort, raison pour laquelle son avis en la matière ne saurait être retenu. Enfin, le Dr N._____ indique que le statut neuro-ophtalmologique du recourant est absolument normal, même s'il relève que les examens cliniques et paracliniques traditionnels sont généralement décevants en ce qui concerne le syndrome commotionnel, pathologie dont lui semble souffrir son patient.

Par conséquent, aucune atteinte à la santé d'origine psychique en lien de causalité adéquate avec l'accident ne peut être retenue.

9. Par surabondance, à supposer même que l'on se trouve bien en présence de troubles psychiques, force est de constater qu'aucun des critères posés par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident de 2007 et ces troubles n'est rempli. L'accident doit être qualifié de gravité moyenne. En effet, le véhicule du recourant, qui se trouvait à l'arrêt, a été percuté par un automobiliste conduisant à environ 40 km/h. Il n'a subi de dommages qu'au niveau du pare-choc arrière et, dans une moindre mesure, du sol. Le recourant a ensuite été capable de rentrer chez lui de son propre chef, et reconnaît n'avoir pas ressenti de frayeur ni avoir été trop marqué sur le moment. L'accident ne peut par conséquent être qualifié de particulièrement dramatique ou impressionnant (à titre d'exemple, selon la jurisprudence, un accident de la circulation au cours duquel un véhicule circulant sur l'autoroute dérape et heurte latéralement la glissière de sécurité, et où le passager dudit véhicule percute la portière droite de la tête et de l'épaule et subit de ce fait une commotion cérébrale, une distorsion cervicale et diverses commotions, doit être qualifié d'accident de gravité moyenne,

sans être à la limite des accidents graves [TF 8C_182/2009 du 8 décembre 2009]). Le recourant n'a subi que des lésions légères (étirement musculaire et petite contusion), dont le traitement a consisté exclusivement en la prescription d'anti-inflammatoires et de myorelaxants et qui a nécessité un arrêt de travail de 8 semaines uniquement. Il n'a pas été hospitalisé. Aucune erreur dans le traitement médical ni de difficultés en cours de guérison ne sont attestées et les douleurs physiques persistantes alléguées par le recourant relèvent selon les experts d'une majoration des symptômes.

Aucun des critères posés par la jurisprudence n'étant rempli dans le cas d'espèce, il en découle que, même si l'existence d'un traumatisme de type "coup du lapin" et de son tableau clinique caractéristique était reconnue, le lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles allégués par le recourant devrait dans tous les cas être nié au plus tard dès le 2 novembre 2007, date de l'examen pratiqué par le Dr T._____. C'est donc à juste titre que la décision attaquée a mis un terme à l'octroi des prestations légales à ce moment.

10. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 7 janvier 2010 confirmée.

b) Le dossier étant complet et permettant donc à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction en ordonnant une expertise judiciaire. Le requête en ce sens du recourant doit ainsi être rejetée.

c) 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, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours déposé le 8 février 2010 par U. _____ est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 7 janvier 2010 par la CNA est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Pierre Seidler, avocat (pour U. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :