

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mars 2012

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Rossier et M. Perdrix, assesseurs
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Claude Mathey,
avocat à Lausanne

et

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

Art. 4 et 6 LPGA ; 6 al. 1, 16 LAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 11 novembre 1964, ressortissant italien au bénéfice d'un permis d'établissement, cuisinier au chômage, était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, l'intimée) contre les accidents lorsque, le 23 avril 2002, il a glissé et est tombé sur le dos de sa hauteur. Consulté le 3 mai 2002, son médecin traitant, le Dr A.J._____, a diagnostiqué une contusion lombaire et une protrusion discale, ainsi qu'une sténose foraminale en L5-S1, conclusions qui ont été confirmées par une IRM du 12 juillet 2002. L'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail jusqu'au 19 août 2002.

Le 3 septembre 2002, l'assuré a de nouveau glissé en lavant sa voiture et est tombé de sa hauteur sur le côté droit. Il a souffert de cervico-brachialgies droites, associées à des troubles sensitifs au niveau des doigts II à IV droits. Dans un rapport médical du 25 octobre 2002, le Dr F._____, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué une atteinte radiculaire C7 droite. Le 4 novembre 2002, une IRM a fait apparaître une discopathie multi-étagée de C3-C4 jusqu'à C6-C7. Le Dr F._____ avait par ailleurs déjà été consulté en novembre 2000 par l'assuré, qui souffrait alors de céphalées et de lombalgies. L'examen neurologique et l'IRM cérébrale ayant eu des résultats dans la norme, seule une médication antalgique avait été ordonnée à ce moment-là.

Suite à l'accident de septembre 2002, le traitement a tout d'abord consisté en la prise d'anti-inflammatoires et de la physiothérapie, ainsi qu'en le port d'une colerette molle associée à une corticothérapie dégressive. L'assuré continuant à se plaindre de cervicalgies avec irradiation et de paresthésies résiduelles aux doigts, il a ensuite bénéficié d'infiltrations et, le 9 avril 2003, d'une dénervation par radiofréquence. Une totale incapacité de travail a été attestée jusqu'au 1^{er} septembre 2003.

Dans un rapport médical du 14 décembre 2005, le Dr F._____ a indiqué au médecin traitant que son patient se plaignait toujours de cervico-brachialgies droites, mais désormais également de céphalées quotidiennes, de nausées et de douleurs lombaires. Le Dr F._____ n'avait toutefois pas pu mettre en évidence d'atteinte neurologique significative susceptible d'expliquer ces plaintes, et tout particulièrement pas d'atteinte radiculaire significative au niveau des membres inférieurs et supérieurs, ni d'atteinte polyneuropathique ou du système nerveux central.

Consulté les 21 février et 13 mars 2008, le Dr N._____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué qu'une IRM cervicale du 26 février 2008 montrait des lésions dégénératives importantes avec une protrusion discale entrant en conflit avec plusieurs racines, en particulier la racine C7 droite. Le 24 septembre 2008, une discectomie cervicale antérieure C6-C7 a été pratiquée. L'assuré s'est depuis lors retrouvé en totale incapacité de travail. La CNA lui a versé des indemnités journalières et a pris en charge les frais de traitement en rapport avec les troubles de la colonne cervicale. Le 17 novembre 2008, le Dr N._____ a indiqué que l'assuré souffrait également de lombalgies et de douleurs aux membres inférieurs, et qu'une IRM lombaire du 30 octobre 2008 avait conclu à une petite hernie lombaire L5-S1.

Le 30 avril 2009, le Dr F._____ a considéré, après avoir examiné l'assuré et avoir pris connaissance d'une IRM cervicale du 14 janvier 2009, qu'il n'existait pas d'atteinte neurologique significative, et notamment pas d'atteinte radiculaire ou médullaire. Estimant que, au vu du comportement de l'assuré, toute intervention thérapeutique était vouée à l'échec et que les plaintes ne trouvaient pas d'explications somatiques, il a conclu à une contre-indication formelle à une nouvelle intervention chirurgicale et à l'absence de relation de causalité entre l'accident de 2002 et les plaintes actuelles. L'assuré s'est alors adressé au Centre universitaire romand de neurochirurgie, puis au Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève et au Service de neurochirurgie de l'Hôpital cantonal d'Aarau, afin de disposer d'autres avis

médicaux. Les spécialistes consultés au sein de ces trois établissements ont tous conclu à la contre-indication d'une nouvelle opération.

Le 15 décembre 2009, l'assuré a été examiné par le Dr O._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, qui a diagnostiqué un syndrome du tunnel carpien à droite et a prévu d'effectuer une neurolyse du nerf médian au mois de mars 2010, une intervention semblable étant également prévue à gauche.

Le 11 mars 2010, l'assuré a été examiné par le Dr M._____, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a retenu ce qui suit :

« Objectivement, la mobilité du rachis cervical est conservée. La mobilisation s'effectue tout à fait librement. La manœuvre de Spüring est négative. Il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral. La trophicité musculaire est parfaitement conservée, tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. La manœuvre de Lasègue est rapidement douloureuse à gauche comme à droite et semble volontairement bloquée. Il n'y a aucun déficit moteur au testing musculaire à quelque niveau que ce soit. On peut suspecter un syndrome du tunnel carpien bilatéral. Le patient décrit également une hypoesthésie pouvant éventuellement correspondre au territoire L5 droit.

Nous sommes donc en présence d'un patient présentant des discopathies cervicales étagées, une discopathie L5-S1 et, dans une moindre mesure, L4-L5. Au niveau L5-S1, il y a une protrusion discale médiane et paramédiane droite pouvant éventuellement entrer en conflit avec la racine L5 sans qu'une radiculopathie ait pu formellement être démontrée jusqu'ici. Elle s'accompagne d'un peu d'arthrose postérieure.

Je doute qu'il y ait actuellement une indication opératoire pour cette hernie discale, même si le patient prétend qu'une décision opératoire a été prise par le Dr H._____.

De toute façon, le cas échéant, cette intervention ne sera pas prise en charge par la SUVA.

Il s'agit, en effet, d'une affection éminemment malade et dégénérative qui ne saurait être rapportée à l'accident du 23.4.2002, une simple contusion, survenue chez un patient qui souffrait déjà depuis plusieurs années de lombalgies chroniques.

Par ailleurs, dans la mesure où une IRM lombaire n'a été effectuée que le 12.07.2002, soit près de 3 mois après l'accident, il n'est pas vraisemblable que celui-ci ait déclenché une radiculopathie, partant qu'il ait rendu symptomatique une hernie discale.

De toute manière, dans la mesure où le travail a été repris en plein le 19.08.2002, tout laisse penser que le statu quo ante a été rétabli à cette date, a fortiori que le statu quo sine a été atteint depuis très longtemps, au sens de la jurisprudence en matière de hernie discale, fondée sur la doctrine médicale.

En revanche, pour ce qui est de l'atteinte radiculaire C7 droite, c'est probablement à juste titre que le Dr F._____ l'a attribuée à l'accident du 3.9.2002.

En effet, le patient semble s'être immédiatement plaint de cervico-brachialgies droites associées à des troubles sensitifs dans les suites de celui-ci.

Il est clair cependant qu'une discopathie préexistait certainement à cet accident.

C'est la raison pour laquelle la prise en charge de l'intervention du 24.9.2008 est un peu discutable même s'il n'y a pas lieu de revenir là-dessus.

En ce qui concerne les troubles cervicaux actuels et leurs prétendues répercussions sur les membres supérieurs, force est de constater qu'il y a une importante discordance entre les plaintes et les constatations objectives de l'examen radio-clinique, raison pour laquelle tout le monde s'accorde pour dire qu'il n'y a aucune indication à une reprise chirurgicale chez ce patient.

Il n'y a pas de raison non plus de poursuivre un traitement de physiothérapie pour la nuque.

Finalement, seul le traitement médicamenteux reste à la charge de la SUVA même s'il s'adresse probablement plutôt actuellement aux troubles lombaires.

Pour les seules suites de l'accident, je reconnais une pleine capacité de travail à Monsieur L._____ dans son activité antérieure.

Enfin, une indemnité pour atteinte à l'intégrité ne lui est pas due. »

En mars 2010, l'assuré a été opéré du tunnel carpien à droite.

B. Par décision du 18 mars 2010, la CNA a refusé de prendre en charge les conséquences des troubles lombaires et l'opération du tunnel carpien, faute de lien de causalité entre ces affections et les accidents assurés. S'agissant des troubles de la colonne cervicale, la CNA déclarait qu'elle continuerait à prendre en charge les médicaments justifiés par ceux-ci mais qu'elle mettait un terme au paiement des indemnités

journalières au 31 mars 2010, reconnaissant à l'assuré une pleine capacité de travail à partir de cette date.

Dans un courrier du 25 mars 2010 à la CNA, le Dr B.J._____, le nouveau médecin traitant de l'assuré, s'est déclaré en accord avec le fait que les troubles au niveau des lombaires et des avant-bras n'étaient pas à la charge de la CNA, du fait de leur origine dégénérative. Par contre, ce médecin a soutenu que les troubles de la colonne cervicale étaient clairement dus à l'accident de septembre 2002, et que les plaintes de son patient n'étaient pas une simple fabulation, les traitements entrepris n'ayant pas apporté les résultats escomptés. Il a soutenu qu'il devait y avoir une séquelle traumatique que la médecine actuelle n'arrivait pas à identifier ni à traiter, sous forme d'une micro instabilité ou d'un écrasement de microfibre nerveuse, due à un traumatisme de style "coup du lapin" qui serait intervenu lors de l'accident. Par conséquent, les conséquences des troubles de la colonne cervicale devaient continuer à être prises en charge par la CNA. Dans des certificats du 22 mars et du 15 avril 2010, le Dr B.J._____ a reconnu au recourant une totale incapacité de travail.

Le 16 avril 2010, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, Me Jean-Claude Mathey, avocat à Lausanne, a formé opposition contre la décision du 18 mars 2010, s'appuyant sur l'avis médical du Dr B.J._____. Il a également demandé que soit mise en œuvre une expertise médicale.

Par décision sur opposition du 14 mai 2010, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré, relevant que la seule question litigieuse était la capacité de travail de l'assuré au-delà du 31 mars 2010. En effet, la CNA admettait pour sa part l'existence d'un lien de causalité entre l'accident de septembre 2002 et les troubles de la colonne cervicale qui s'en étaient suivis, et l'assuré quant à lui ne contestait pas que les troubles de la colonne lombaire et le syndrome du tunnel carpien n'engageaient pas la responsabilité de la CNA. Cette dernière retenait toutefois que l'état de santé de l'assuré s'était stabilisé au plus tard au 31 mars 2010, les avis de tous les médecins concordant sur le fait qu'il n'y avait pas d'indication

opératoire, et que sa capacité de travail était entière dès cette date pour les seules suites de l'accident. Le Dr B.J._____ ne fournissant aucun argument à l'appui d'une incapacité de travail qui perdurerait au-delà du 31 mars 2010 et plusieurs médecins ayant relevé des discordances entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives, l'appréciation du Dr M._____ devait être suivie. Par ailleurs, l'assuré n'ayant pas souffert d'un traumatisme du type du "coup du lapin", la jurisprudence en la matière n'était pas applicable.

C. Par acte du 17 juin 2010, L._____, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision du 14 mai 2010, concluant avec suite de frais et dépens à sa réforme, en ce sens que le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident de septembre 2002 et l'incapacité de travail du recourant est reconnue, la CNA étant dès lors tenue à des prestations complètes, notamment à l'octroi d'indemnités journalières au-delà du 31 mars 2010. Au vu de l'opinion divergente du médecin traitant et du Dr M._____ à ce propos, le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il admet par ailleurs que les troubles de la colonne lombaire et le syndrome du tunnel carpien n'engagent pas la responsabilité de la CNA.

Dans sa réponse du 24 août 2010, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle soutient que le rapport établi par le Dr M._____, dont les constatations objectives se recoupent avec celles du médecin traitant, a pleine valeur probante, seule l'interprétation des données objectives différant entre ces deux médecins. Elle relève l'absence des symptômes révélateurs d'un traumatisme du style du "coup du lapin" et soutient que, même si leur existence était avérée, aucun lien de causalité adéquate avec les accidents assurés ne pourrait être retenu, au vu des critères de la jurisprudence en la matière.

Dans sa réplique du 27 septembre 2010, le recourant a soutenu avoir été victime d'un "coup du lapin" et a réitéré sa demande d'expertise.

Dans sa duplique du 21 octobre 2010, la CNA a confirmé sa position.

Le recourant ayant déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 5 avril 2006, le dossier AI a été produit en cours de procédure. Dans ce dossier figurent notamment les pièces suivantes.

- Un rapport médical établi le 7 novembre 2005 par le Prof. B. _____ et les Drs Z. _____ et R. _____ du Service de rhumatologie de [...], suite à un séjour du recourant dans ce service en octobre 2005, duquel il ressort qu'un trouble somatoforme douloureux est suspecté, à cause de l'absence de diagnostic psychiatrique et de substrat net aux douleurs aiguës ressenties par l'assuré, hormis des discopathies étagées au niveau cervical sans compression des racines.
- Un rapport médical du Dr C. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 26 juin 2008, qui conclut que l'assuré, qui l'a consulté spontanément, souffre d'un probable syndrome douloureux chronique cervical, au vu de la mobilité cervicale totalement conservée et de la normalité du status neurologique.
- Un rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique effectué le 18 février 2010 par les Drs A. _____, X. _____ et U. _____ du Service médical régional de l'AI (SMR), qui posent les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail du recourant de cervico-brachialgies bilatérales et de lombo-sciatalgies droites. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils retiennent un diabète non-insulino-requérant, un léger excès pondéral, un syndrome du tunnel carpien à droite et une majoration des plaintes. Sur le plan psychiatrique, les médecins concluent à l'absence de tout diagnostic. La capacité de travail est déclarée entière depuis 2005 (avec toutefois une incapacité de travail totale d'environ 6 mois consécutive à l'intervention chirurgicale du 24

septembre 2008) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de position statique prolongée ou en rotation et flexion du tronc et en porte-à-faux, en extension/flexion et rotation maximale de la tête, pas de port de charges au-dessus de 10 kg occasionnellement, et pas de travail sur échelle ou échafaudage. Les praticiens constatent en outre que si les cervico-brachialgies sont inchangées subjectivement, on constate une amélioration significative de la mobilité. Par ailleurs, les douleurs et les handicaps allégués ne correspondent pas tous aux données cliniques et radiologiques objectives, l'assuré majorant manifestement ses plaintes.

- Un protocole opératoire du 31 mars 2010, concernant une microdiscectomie lombaire L5-S1 droite, ainsi qu'un avis médical du 10 juin 2010 du Dr T. _____ du SMR, qui retient qu'a priori, une telle intervention ne devrait pas entraîner d'incapacité de travail de longue durée dans une activité adaptée, mais qui demande d'attendre le rapport du Dr H. _____ pour s'assurer de cette évolution favorable.
- Un rapport médical du 6 juin 2010 du Dr Q. _____, chef de clinique adjoint au Service de neurochirurgie de [...], qui retient une capacité de travail de 50% dès le 3 juin 2010 en raison des troubles lombaires de l'assuré.

Les parties se sont déterminées sur le dossier AI. Le recourant a fait valoir qu'il présentait toujours des séquelles suite à son opération de septembre 2008. Il a également indiqué que l'évolution suite à l'intervention du 31 mars 2010 n'avait pas été favorable, et qu'il convenait d'attendre le rapport complet du Dr H. _____ à ce sujet.

Le 26 janvier 2012, le recourant a produit une copie du protocole opératoire d'une intervention qu'il a subie le 8 décembre 2011 du fait d'une uncarthrose C5-C6 et C6-C7, soit une discectomie C5-C6 et C6-C7 par voie antérieure, ainsi qu'une stabilisation dynamique avec

implants de type Prestige. Il a en outre à nouveau requis la production du rapport du Dr H._____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Par détermination du 6 février 2012, l'intimée a relevé que l'affection ayant motivé l'intervention chirurgicale du 8 décembre 2011 avait déjà été mise en évidence en 2009. Ni les médecins du CHUV, ni ceux des HUG ni ceux de l'Hôpital d'Aarau n'avaient toutefois retenu d'indication opératoire. L'intimée a également produit un rapport établi le 1^{er} novembre 2011 par le Dr W._____, le neurochirurgien ayant opéré le recourant, qui affirme qu'il s'agissait là clairement de troubles maladifs.

E n d r o i t :

1. 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 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. 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.

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 à l'art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

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 125 V 413, consid. 2c ; 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à continuer à bénéficier, au-delà du 31 mars 2010, du versement d'indemnités journalières de l'assurance-accidents, s'agissant des conséquences de ses troubles à la colonne cervicale. Le recourant affirme en effet être encore totalement incapable de travailler du fait de ses douleurs cervicales, alors que l'intimée, qui ne nie par ailleurs pas l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident de septembre 2002 et les troubles cervicaux qui s'en sont suivis, reconnaît néanmoins au recourant, sur ce point, une pleine capacité de travail dès le 1^{er} avril 2010.

En ce qui concerne les conséquences des troubles lombaires et l'opération du tunnel carpien, le recourant admet qu'elles ne sont pas à la charge de l'intimée, du fait de leur origine dégénérative et non pas accidentelle, comme l'ont attesté de façon concordante les divers médecins qui ont examiné le recourant, notamment les Drs A.J._____ et M._____. La question de leur prise en charge par l'intimée ne sera par conséquent pas examinée plus avant par la Cour de céans.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou

partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'incapacité de travail est définie à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

b) 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). 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).

Si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("l'appréciation anticipée des preuves" : ATF 130 II 425, consid. 2.1 ; 122 II 464, consid. 4a ; 122 III 219, consid. 3c ; 120 Ib 224, consid. 2b ; 119 V 335, consid. 3c et la référence).

4. Le requérant affirme que son incapacité de travail perdue au-delà du 31 mars 2010 ; il sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire qui se prononce sur ce point, au vu de l'opinion divergente de son médecin traitant et du Dr M. _____ à ce propos. Or le rapport établi le 11 mars 2010 par le Dr M. _____, qui se fonde sur un examen clinique du requérant, ainsi que sur son dossier médical, et qui prend en considération ses plaintes, est complet et détaillé. Ses conclusions sont dûment motivées. Ce médecin conclut que l'accident de septembre 2002 a bien été la cause des troubles cervicaux dont a souffert le requérant dans un premier temps, et admet également, quoique cela lui semble plus discutable, un lien de causalité entre cet événement et la discectomie cervicale de septembre 2008. Il relève toutefois que, au jour de son examen, la mobilisation du rachis cervical s'effectue tout à fait librement et qu'il n'y a aucune indication à une reprise chirurgicale à ce niveau, raison pour laquelle il reconnaît désormais au requérant une pleine capacité de travail. Il précise également qu'il existe une importante discordance entre les plaintes du requérant et les constatations objectives

de l'examen radio-clinique. Les constats du Dr M. _____ sont partagés par les médecins du SMR, qui relèvent dans leur rapport du 18 février 2010 que l'assuré majeure manifestement ses plaintes, notamment lorsqu'il se plaint de cervico-brachialgies inchangées depuis sa discectomie cervicale, alors que l'on peut constater objectivement une amélioration significative de la mobilité à ce niveau. Les médecins du SMR retiennent également une capacité de travail entière, avec toutefois certaines limitations fonctionnelles, afin de tenir compte des autres troubles dont est affecté le recourant, notamment de ses lombo-sciatalgies, qui ne relèvent pas de l'assurance-accidents. Le Dr F. _____ avait également observé, le 30 avril 2009, sur la base notamment d'une IRM cervicale de janvier 2009, qu'il n'existait pas d'atteinte neurologique significative et que les douleurs décrites par le recourant étaient dénuées d'explication somatique, raison pour laquelle il était opposé à toute nouvelle intervention chirurgicale (tout comme les médecins des divers établissements médicaux consultés par le recourant par la suite, soit le CHUV, les HUG et l'Hôpital d'Aarau). Quant au Dr C. _____, il constatait en juin 2008 déjà que la mobilité cervicale était totalement conservée et que le statut neurologique était normal. Par la suite, en décembre 2011, le recourant a subi une discectomie C5-C6 et C6-C7. Le chirurgien ayant effectué cette intervention a toutefois considéré que l'affection ayant motivé celle-ci était clairement d'origine malade. Tous les médecins ayant examiné le recourant ont par conséquent des opinions concordantes, à l'exception du médecin traitant, qui reconnaît seul au recourant une totale incapacité de travail persistant au-delà du 31 mars 2010. Le Dr A.J. _____ admet toutefois ne pas parvenir non plus à identifier les séquelles traumatiques dont souffre son patient, mais il attribue pour sa part ses douleurs sans substrat organique aux conséquences de l'accident de septembre 2002, qu'il qualifie de traumatisme du type du "coup du lapin". Il convient donc d'examiner si le recourant a bien souffert d'un "coup du lapin", cas échéant si les conséquences de ce traumatisme justifient encore l'octroi de prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 mars 2010.

5. Aux termes de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. 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).

a. aa) 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).

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).

bb) Dans le cas particulier, le diagnostic d'un traumatisme de style "coup du lapin" n'a été posé que par le médecin traitant du recourant, plus de sept ans après l'événement en cause. Or il est douteux que l'accident dont a été victime le recourant en septembre 2002, lors duquel il a chuté de sa hauteur en glissant sur le sol, ait été propre à entraîner une distorsion cervicale par mécanisme de "coup du lapin". Par ailleurs, il ne ressort pas des pièces au dossier que le recourant en ait présenté le tableau clinique caractéristique. En effet, s'il s'est effectivement immédiatement plaint de douleurs cervicales, ainsi que de troubles sensitifs au niveau de trois doigts, la présence de maux de tête et de nausées n'est documentée pour la première fois que plus de deux ans plus tard, dans le rapport du 14 décembre 2005 du Dr F._____. D'autre part, les diagnostics de vertiges, de troubles de la concentration et de la mémoire, de dépression ou de modification de la personnalité n'apparaissent pas au dossier, le recourant ayant d'ailleurs fait l'objet d'une expertise psychiatrique qui a expressément conclu à l'absence de tout diagnostic psychiatrique. En définitive, tant l'existence d'un mécanisme accidentel de style "coup du lapin" que son lien de causalité

naturelle avec l'incapacité de travail du recourant ne sont pas établis. Par surabondance, il convient de relever que le lien de causalité adéquate fait également défaut dans le cas d'espèce, comme il sera analysé dans ce qui suit.

b. aa) Pour admettre l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre un accident et une atteinte à la santé, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (ATF 123 III 110, consid. 3a ; 123 V 98, consid. 3 ; 122 V 415, consid. 2c).

La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les 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 ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;

- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133, consid. 6c/aa ; 403, consid. 5c/aa ; TFA U 580/06 du 30 novembre 2007).

En cas d'atteinte à la santé (sans preuve de déficit organique) consécutive à un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67, consid. 2) ou un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence apprécie en principe le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique, à la différence que l'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères des douleurs persistantes, ainsi que du degré et de la durée de l'incapacité de travail, en particulier, sont déterminants de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359, consid. 6a ; 123 V 98, consid. 2a ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

bb) En l'occurrence, au regard de son déroulement et des blessures qu'il a provoquées, l'accident dont a été victime le recourant en septembre 2002 doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite de ceux de peu de gravité (cf. notamment TFA U 144/05 du 27 décembre 2005, qui qualifie d'accident de gravité moyenne une chute de

4,5 mètres ; voir aussi TF 8C_115/2009 du 28 juillet 2009, consid. 6.2). Il découle de cette qualification que les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis. En premier lieu, la condition du caractère particulièrement impressionnant, qui doit être examinée objectivement et non sur la base du sentiment subjectif ou de la peur ressentie par l'assuré (RKUV 1999 n° U 335 p. 207, consid. 3b/cc ; TF U 56/07 du 25 janvier 2008, consid. 6.1 ; TF 8C_57/2008 du 16 mai 2008, consid. 9.1), n'est pas remplie en l'espèce, une chute de sa propre hauteur ne pouvant être qualifiée de particulièrement impressionnante. Le recourant a subi une atteinte radiculaire, qui n'est pas une lésion particulièrement grave propre à entraîner des troubles psychiques. Aucun diagnostic en ce sens n'a d'ailleurs été posé lors de l'expertise psychiatrique. Le traitement médical n'a pas été anormalement long ; il a dans un premier temps été essentiellement symptomatique, mis à part une dénervation par radiofréquence en avril 2003, et n'a pas été entaché d'erreur médicale qui aurait entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident. Réputé terminé fin août 2003, l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail jusqu'à la discectomie de septembre 2008. Le Dr F._____ concluait toutefois déjà fin avril 2009 à l'absence d'atteinte neurologique significative et à la contre-indication à une nouvelle intervention chirurgicale, avis partagé par les divers médecins consultés par la suite par le recourant. Quant à l'opération de décembre 2011, elle a été motivée par une affection d'origine clairement malade, de l'avis du chirurgien lui-même. Aucune pièce au dossier ne fait état de complications ou difficultés objectives en cours de guérison. Quant à l'incapacité de travail, elle a duré jusqu'à fin août 2003 dans un premier temps. L'assuré s'est ensuite retrouvé en totale incapacité de travail suite à la discectomie pratiquée le 24 septembre 2008, le Dr F._____ retenant fin avril 2009 que les plaintes de l'assuré n'avaient aucune explication somatique. Seul le critère des douleurs persistantes apparaît donc rempli dans le cas du recourant, qui se plaint toujours de douleurs au niveau de la colonne cervicale. Or, au vu du diagnostic de majoration des plaintes décrit par plusieurs médecins, il n'y a pas lieu de retenir que ces douleurs sont d'une telle intensité qu'elles permettraient, seules, de tenir pour

établi le rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et le tableau clinique présenté plusieurs années plus tard, qui entraînerait la persistance de l'incapacité de travail au-delà du 31 mars 2010. Par conséquent, et dans l'hypothèse où le recourant aurait effectivement souffert d'un traumatisme de style "coup du lapin", ce qui n'est pas établi, le lien de causalité adéquate entre cet événement et les troubles qu'il affirme présenter encore en avril 2010 ferait de toute façon défaut, de sorte qu'aucune prestation ne pourrait lui être allouée par l'assurance-accident sur cette base, contrairement à ce que soutiennent le recourant et son médecin traitant.

c) Au vu de ce qui précède, il convient de retenir, avec le Dr M._____, dont le rapport médical remplit les réquisits de la jurisprudence pour détenir valeur probante, que les douleurs que le recourant déclare ressentir et qui sont désormais dénuées de tout substrat organique n'entraînent plus d'incapacité de travail depuis le mois d'avril 2010, comme le soutient l'intimée. Quant au rapport du Dr H._____, dont le recourant demande la production, il ne concerne que les troubles lombaires du recourant, qui ne concernent pas l'assureur-accidents. Le rapport médical du successeur du Dr H._____, le Dr K._____, figure par ailleurs déjà au dossier. Enfin, la Cour étant à même de statuer sur la base du dossier, la requête d'expertise judiciaire du recourant doit être rejetée.

6. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 14 mai 2010 confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de 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 et 61 let. g LPGA).

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

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision attaquée est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, 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 Jean-Claude Mathey, avocat (pour L. _____),
- 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 :