

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 août 2015

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Rossier et M. Bidiville, assesseurs  
Greffière : Mme Preti

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS,**  
Division juridique, à Lucerne, intimée.

---

**Art. 4 LPGA ; 6 LAA ; 9 OLAA**

**E n f a i t :**

**A. a)** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], bosniaque, sans formation, a travaillé en qualité de serrurier pour le compte de [...] à 100% du 7 mai 1998 au 31 octobre 2000.

Faisant état d'une incapacité de travail à compter du 23 mai 2000, l'assuré a déposé le 16 août 2000 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en mentionnant des problèmes de « *ventre + dos* ».

Dans un rapport du 5 décembre 2000 à la [...], assureur perte de gain maladie, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, a relevé que sur le plan purement ostéoarticulaire, l'assuré était en mesure d'exercer son activité habituelle de serrurier, estimant que l'origine de l'atteinte était essentiellement psychogène.

Dans un certificat médical du 20 décembre 2000, le Dr S.\_\_\_\_\_ a fait état d'une incapacité de travail totale chez son patient du 23 mai au 30 novembre 2000, en indiquant « *maladie* » à la raison de cette incapacité. Dans son rapport à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) du 16 janvier 2001, le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait des lombalgies sur troubles statiques et des douleurs abdominales diffuses, nécessitant des changements fréquents de position et un port de charges ne dépassant pas 15 kilos.

Le 23 août 2001, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a constaté que l'assuré ne présentait aucun élément inquiétant sur le plan rhumato-neurologique, estimant que la souffrance du patient, bien réelle, n'était pas de nature organique.

Selon un rapport du 11 janvier 2002 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, il n'y avait aucun doute que l'on se trouvait face à un problème d'ordre fonctionnel.

L'assuré a été soumis à un examen psychiatrique auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) le 9 décembre 2002. Dans leur rapport du 24 décembre 2002, les Drs [...], spécialiste en médecine interne générale, et [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont notamment relevé ce qui suit :

« Le [...] mai 2000, l'assuré doit livrer une plaque de verre dans un super-marché de [...], en compagnie de quatre autres employés de l'entreprise. Faute d'accès adéquat, l'assuré et ses camarades portent cet élément de construction pesant près de 300 kg sur 70 mètres et doivent ensuite le hisser à quatre mètres de hauteur, sans bénéficier d'un instrument de levage. Au cours de cette manœuvre, l'assuré ressent une impression de craquement, avec apparition de fortes douleurs dorso-lombaires, irradiant dans le MIG, ainsi que des douleurs de la sangle abdominale, qui lui donnent l'impression d'avoir le « ventre arraché ». Il consulte alors le Dr S. \_\_\_\_\_, généraliste à [...], qui l'arrête dans son travail dès le 23 mai 2000. Ses douleurs s'étendent peu à peu, touchant l'ensemble du rachis jusqu'à la nuque et se prolongeant en céphalées, selon un trajet particulier.

[...]

#### **APPRECIATION DU CAS**

Amené à l'âge de dix-huit ans en Suisse, pour échapper à un engagement dans l'armée yougoslave au moment de la guerre en Bosnie, l'assuré peine à s'intégrer ne trouvant véritablement sa place qu'au moment où il commence à jouer au football dans le club de [...]. C'est grâce à l'appui du président du club que l'assuré obtient la régularisation de son statut de réfugié et un poste de travail dans la livraison de matériel scolaire. S'étant marié à une compatriote dont il a deux enfants, l'assuré présente en date du 23 mai 2000, lors d'un effort excessif au cours de son travail, une symptomatologie douloureuse aiguë, accompagnée d'une forte angoisse et d'idées suicidaires. Cet « accident » constitue le point de départ d'une décompensation de sa personnalité schizotypique, qui le plonge dès lors dans une évolution dépressive et régressive, avec de fortes préoccupations hypochondriaques. L'assuré se sent incompris et injustement traité par les spécialistes qui l'examinent, se fixant sur quelques remarques de son chiropraticien ou du radiologue chez qui il vient de passer un CT-scan. A cette occasion, l'assuré présente une crise d'angoisse aiguë à type d'attaque de panique sur claustrophobie. Celle-ci est mêlée d'éléments d'allure plus archaïque, à thèmes de morcellement et de mort. L'assuré est d'ailleurs traité dès le 14 septembre 2000 par le Centre psychosocial au moyen de neuroleptiques incisifs, Zyprexa, puis Risperdal. Au vu de son évolution régressive et des constatations faites au cours de l'examen au SMR, nous ne pouvons exclure une éventuelle évolution schizophrénique.

Les radiographies amenées par l'assuré ne révèlent pas d'atteinte somatique prépondérante en terme d'incapacité de travail.

**Les limitations fonctionnelles de l'assuré sont :** un état dépressif de degré moyen, une angoisse de type archaïque à thème de morcellement ou de mort, des préoccupations hypocondriaques, des troubles de l'attention et de la concentration, une fatigabilité importante, une irritabilité, mêlée d'interprétativité, une personnalité schizotypique décompensée.

**Concernant la capacité de travail exigible de l'assuré,** elle ne dépasse pas 20% dès le 23.05.2000 pour des raisons essentiellement psychiatriques. Seule une activité occupationnelle dans un cadre protégé paraît être envisageable. Il n'y a pas lieu de mettre en œuvre des mesures professionnelles, en raison de la fragilité de sa personnalité. »

L'assuré s'est vu reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 23 mai 2001, fondée sur un degré d'invalidité de 80% (décision du 3 juin 2003).

Par rapport du 18 mai 2004 au Dr S.\_\_\_\_\_, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecin physique et réadaptation, lui a indiqué qu'une prise en charge de l'assuré auprès du Centre [...] d'[...] avait été motivée par une exacerbation des douleurs lombaires avec irradiation en direction du membre inférieur droit sans territoire neurologique clairement défini. Cette péjoration était survenue sans facteur déclenchant particulier durant l'automne 2003. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a constaté qu'aucune évolution favorable n'était objectivée, et que le traitement était interrompu, avec la précision que l'ensemble du tableau était motivé par des éléments extra-locomoteurs.

Dans son rapport à l'OAI du 15 juin 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des lombosciatalgies gauches existant depuis 2000, en précisant que les douleurs « *dos + lombaires* » étaient apparues en mai 2000 suite à un port de charges.

Selon la fiche d'examen du dossier de l'OAI du 4 août 2010, on pouvait notamment lire que l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent épisode moyen avec syndrome somatique, un trouble schizotypique et un syndrome somatoforme douloureux. Depuis l'examen clinique SMR du 7 décembre 2006, son état de santé était stationnaire, l'assuré refusant toujours tout traitement pour son atteinte psychiatrique.

**b)** Le 4 juin 2012, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a relevé ce qui suit dans son rapport au Dr S.\_\_\_\_\_ :

« Il [l'assuré] souffre de cervicobrachialgies gauches et sciatalgies gauches non déficitaires dans un « accident » en 2000 au travail (en remplaçant une grande vitre).

Pas de déficit au status. Evaluation lombaire par CT et Dr J.\_\_\_\_\_, neurologue, en 2001 sans atteinte retrouvée.

Actuellement, le patient présente une forte chronicisation des douleurs qui prennent tout l'hémicorps gauche.

Les Rx fonctionnelles montrent un probable ancien arrachement antérieur en C6-C7.

Les Rx fonctionnelles lombaires sont normales.

L'IRM [imagerie par résonance magnétique] cervicale montre une calcification du ligament longitudinal postérieur en C3-C4 et une discrète uncarthrose C6-C7 gauche.

L'IRM lombaire est normale.

A mon avis, l'atteinte cervicale est post-traumatique, mais je ne vois aucun lien avec la symptomatologie lombaire.

Aucune intervention n'est indiquée et je suis plutôt réticent même pour des infiltrations au vu de la chronicité de la douleur.

Je serai davantage favorable à un reconditionnement en milieu hospitalier tel qu'il pourrait être effectué à la clinique SUVA de Sion.

Comme l'atteinte cervicale me semble post-traumatique, la SUVA va peut-être entrer en matière. »

Selon un rapport d'IRM lombaire du Dr [...], spécialiste en radiologie, du 5 juin 2012 au Dr W.\_\_\_\_\_, l'IRM était dans les limites de la norme ; il n'y avait en particulier pas de conflit démontré avec les racines gauches, pas de hernie discale et pas de canal lombaire étroit. Selon le rapport d'IRM cervicale du même jour, il y avait une petite hernie discale médiane C3-C4 déformant uniquement la partie antérieure du fourreau dural, ainsi qu'une discopathie modérée aux autres niveaux sans rétrécissement canalaire.

Dans un certificat du 26 juin 2012, le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs cervicales et lombaires de l'assuré étaient en lien avec un accident de travail en mai 2000.

Le 13 juillet 2012, l'employeur a annoncé que le 23 mai 2000, en portant un verre (vitre), l'assuré avait ressenti des douleurs dans le dos, la nuque (cervicale), le bras, l'épaule et la jambe gauches, et avait interrompu le travail. Il était précisé que le cas avait déjà été pris en

charge par « *la maladie, [...] Assurance* », et qu'une rente AI avait été octroyée.

Un inspecteur de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) s'est rendu le 24 septembre 2012 au domicile de l'assuré. A cette occasion, ce dernier a résumé les faits comme suit :

« Le 23 mai 2000 au matin, avec mon équipe soit 2 temporaires et 3 de chez [...], nous avons été chargé[s] de changer un vitrage cassé au Centre commercial [...] au centre de [...]. Ce vitrage formait le toit en pente du café faisant partie du centre.

Nous avons commencé par monter un échafaudage car il était impossible d'accéder avec le camion-grue. Ensuite, nous avons enlevé le vitrage cassé que nous avons ramené au camion. C'est un trajet de 70 m.

Là, à 3 personnes, nous avons pris le verre neuf, d'une épaisseur de 2 fois 7 mm et d'une taille d'environ, selon mes souvenirs, de 2m par 2,5m. C'était très lourd. Je n'avais jamais porté quelque chose d'aussi lourd. Pourtant, j'avais l'habitude et j'étais sportif, en forme.

J'étais à l'arrière. Un collègue au milieu et un devant. Arrivé à l'échafaudage, nous avons monté le verre par l'extérieur. Les 2 autres collègues étaient sur l'échafaudage. Nous poussions le verre au-dessus de nos têtes et ils l'ont récupéré. Durant cette manœuvre, j'ai senti comme quelque chose qui s'étirait dans la nuque à gauche et dans l'épaule gauche. Là, nous les avons rejoints pour mettre le verre sur le toit.

C'était la même manœuvre. J'étais à l'arrière. Je tenais le bas du verre avec ma main gauche et le haut avec la droite. Lorsque j'ai fait l'effort pour monter le verre à portée des collègues, aidé par 2 personnes, j'ai senti comme un coup de marteau à gauche derrière la tête avec une douleur partant du dessus de l'œil gauche, partant dans la nuque à gauche, puis l'épaule gauche et sur le bras gauche jusqu'au poignet et également jusque dans le bas du dos à gauche, la fesse gauche, derrière la cuisse jusque dans le creux du genou et sur le devant de la cuisse gauche jusque dans le bord externe du pied gauche sous la malléole gauche et jusque dans les orteils. J'avais aussi une douleur comme une plaie au couteau dans la zone abdominale.

Les collègues ont pu saisir le verre. Il n'est pas tombé. C'est donc l'effort qui a amené cette douleur. Peut-être que les collègues ont mal tenu. Je me suis posé la question après mais je ne sais pas. En tous cas, ils n'ont pas lâché.

Nous étions peut-être mal équilibrés et j'avais peut-être plus de poids que les autres. Je ne sais pas.

Il ne s'est rien passé d'autre. Pas de choc, de bousculade. Rien n'a cassé. Le geste s'est déroulé normalement. »

Selon le rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 16 janvier 2013 de la Dresse [...], spécialiste en radiologie, l'assuré présentait à ce niveau une petite lésion kystique sous-chondrale dans la partie supéro-postérieure de la tête humérale, un aspect remanié du bourrelet glénoïdien inférieur, une petite déchirure du bourrelet glénoïdien supéro-antérieur et une tendinopathie du tendon du sus-épineux associée à une petite déchirure partielle versant huméral.

A l'occasion d'un premier examen du dossier du 28 janvier 2013, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté qu'il n'y avait pas de lésion structurelle clairement imputable à un accident ressortant des pièces du dossier, précisant que le dossier « *papier* » lui était toutefois nécessaire pour une appréciation formelle.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen du cas de l'assuré. Dans son appréciation médicale du 12 février 2013, il a résumé les pièces médicales produites en 2012 et 2013, puis fait l'appréciation suivante du cas :

« Cet assuré, actuellement à l'Assurance Invalidité, présente des troubles douloureux cervico-scapulaires discopathies étagées et uncarthrose démontrée par IRM. Une tendinopathie sus-épineuse associée à des altérations kystiques sous-chondrales avec remaniements glénoïdiens de l'épaule G a également été notée en 2013.

Les troubles cervico-scapulaires actuels seraient apparus le 23.5.2000 à la suite d'un effort. Le cas avait été pris en charge par l'assurance maladie puis par l'Assurance Invalidité. La question d'une nature accidentelle possible des troubles présentés actuellement est évoquée plus de 10 ans après l'événement.

Les divers éléments du dossier ne permettent pas de retenir de relation de causalité étiologique au degré de la probabilité entre les troubles douloureux invalidants chronicisés ressortant des pièces médicales à disposition et l'effort tel que décrit en mai 2000. Les troubles en question constituaient vraisemblablement une 1<sup>ère</sup> manifestation d'une problématique malade latente, de type dégénératif qui a évolué vers la chronicité.

*En conclusion* : les troubles annoncés en 2012 ne peuvent à notre avis être mis en relation de causalité étiologique probante avec l'événement du 23.5.2000. »

Par décision du 19 février 2013, la CNA a fait savoir à l'assuré que selon l'appréciation du 13 février 2013 de son médecin d'arrondissement, il n'existait pas de lien de causalité avéré ou établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'événement du 23 mai 2000 et les troubles annoncés en 2012.

Le 19 mars 2013, l'assuré s'est opposé à la décision de la CNA, en faisant valoir que ses troubles coïncidaient avec l'accident (sic) du 23 mai 2000.

Par décision sur opposition du 4 avril 2013, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a notamment relevé que selon les déclarations de l'assuré du 24 septembre 2012, l'existence d'un effort excessif ne pouvait pas être admise lors de l'événement du 23 mai 2000, pas plus qu'un phénomène anormal, un mouvement incoordonné, une perte d'équilibre ou un lâchage de la vitre. Elle a retenu que même si, par surabondance de droit, l'existence d'un accident était admise, la causalité naturelle devrait être niée, notant pour le surplus qu'il était patent que les troubles psychiques de l'assuré n'étaient pas en lien avec l'événement de mai 2000.

**B.** Par acte du 6 mai 2013, T.\_\_\_\_\_, désormais représenté par l'avocat Olivier Carré, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi des prestations des suites de l'accident (sic) du 23 mai 2000, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. En substance, il fait valoir que tant le Dr W.\_\_\_\_\_ que le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, sont d'avis que ses troubles sont post-traumatiques et imputables à l'événement du 23 mai 2000, se réservant de produire les pièces médicales établies par le Dr N.\_\_\_\_\_. A ses yeux, ses lésions doivent être assimilées à un accident

au sens de l'art. 9 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), respectivement sont de nature accidentelle.

Dans sa réponse du 12 juin 2013, la CNA a proposé le rejet du recours, en constatant l'absence d'accident au sens juridique du terme, de lésions corporelles assimilées à un accident, ainsi que de lien de causalité entre les troubles allégués et l'événement du 23 mai 2000, estimant avoir à juste titre refusé d'allouer les prestations d'assurance.

Le 4 juillet 2013, le recourant a produit le rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 4 juin 2012 déjà au dossier, ainsi que les pièces suivantes :

- un rapport du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 14 juin 2013, selon lequel il avait été opéré de l'épaule gauche le 21 février 2013, intervention qui n'avait pas pu confirmer une lésion traumatique au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs, mais uniquement un conflit sous-acromial avec tendinopathie du tendon du sus-épineux ne correspondant pas à une atteinte post-traumatique ;

- un rapport du 20 mai 2013 du Dr N. \_\_\_\_\_, selon lequel l'imagerie réalisée permettait d'affirmer la présence de deux lésions traumatiques anciennes, savoir une fracture ancienne de l'apophyse odontoïde et une ancienne entorse au niveau C6-C7. Pour le Dr N. \_\_\_\_\_, les signes cliniques étaient compatibles avec une lésion traumatique du rachis cervical qui n'avait pas bénéficié d'un traitement spécifique. Ce médecin a conclu que l'assuré n'avait pas d'antécédent de traumatisme ni de maladie du rachis cervical, constatant la présence de signes d'imagerie prouvant la présence de deux lésions traumatiques anciennes de la colonne cervicale. Les signes cliniques étaient apparus dans les suites du traumatisme du 23 mai 2000. Les premiers signes étaient constitués de douleurs, ce qui était également compatible avec un traumatisme, les différents signes apparus ensuite étant compatibles avec un syndrome de Bärtschi-Rochaix. Pour le Dr N. \_\_\_\_\_, la présence de lésions

traumatiques du rachis cervical était en relation très probable avec l'accident (sic) du 23 mai 2000.

Le 4 juillet 2013, le recourant a relevé que c'était dans le cadre d'une opération intervenue un peu plus d'une année auparavant que le Dr W.\_\_\_\_\_ avait détecté une atteinte « *post-traumatique* ». Il disait présenter des problèmes au niveau du bas du dos, du membre inférieur (sciatalgies), de l'épaule et au niveau des cervicales. S'agissant des sciatalgies, il relevait que le Dr W.\_\_\_\_\_ était d'avis qu'elles n'étaient pas post-traumatiques. Quant aux problèmes de l'épaule, il a dit accepter l'opinion du Dr D.\_\_\_\_\_ selon laquelle ils n'étaient pas imputables à l'accident. Par contre, sur la base du rapport du Dr N.\_\_\_\_\_, il faisait valoir que la lésion au niveau des cervicales était post-traumatique.

Dans son écriture du 25 novembre 2013, la CNA a sollicité la production des documents d'imagerie médicale effectuées les 4 juin 2012 et 24 juillet 2013. Le 24 février 2014, le recourant a produit les documents d'imagerie du 4 juin 2012 et ceux du 2 mai 2013, savoir les clichés les plus récents.

Le 26 mai 2014, la CNA a confirmé sa position. Elle a produit avec son écriture un rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et membre du Centre de compétence de médecine des assurances de la CNA, du 29 avril 2014. Ce médecin a relevé en premier lieu qu'en considération des circonstances de l'événement du 23 mai 2000, il n'existait aucun élément devant faire suspecter un traumatisme direct ou indirect du rachis cervical, n'étant pas mentionné dans le dossier que le vitrage ait heurté le plan cervical ou le chef de l'assuré, si bien que l'on ne saurait envisager la possibilité d'une lésion du segment rachidien cervical de type entorse ou fracture, quel qu'en soit le type. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a ajouté que les circonstances de l'événement du 23 mai 2000 apparaissaient pratiquement incompatibles avec une quelconque lésion cervicale et

certainement incompatibles avec les lésions diagnostiquées. Il a pour le surplus fait l'appréciation suivante du cas :

« *Évolution des symptômes :*

Reprenant les rapports médicaux les plus proches de l'évènement du 23 mai 2000, il est clair que l'on ne retrouve pas d'éléments qui puissent faire considérer en quelque façon une atteinte cervicale aiguë. Avant l'évènement, l'assuré présentait des douleurs abdominales diffuses. On a ensuite et dans les suites de l'accident déclaré des symptômes plutôt centrés au niveau lombaire, avec irradiation secondaire dans les membres et en direction du rachis proximal.

Lors de l'examen effectué par le neurologue, Dr J.\_\_\_\_\_, la symptomatologie référée dans les suites d'un effort de soulèvement était clairement limitée à la région lombaire, avec irradiation crurale gauche. Lorsque l'assuré a parlé pour la première fois de cet effort de soulèvement d'un vitrage (examen psychiatrique SMR du 9 décembre 2002), il était référé des symptômes aigus dorsolumbaux et abdominaux, avec irradiation douloureuse dans le membre inférieur gauche.

On notera d'autre part que les symptômes référés varient passablement au cours du temps, sont la plupart du temps décrits comme diffus, fluctuants, avec répercussions fonctionnelles à l'examen clinique extrêmement variables et avec constatations quasi systématiques d'éléments de non organicité.

En surabondance, on notera que le focus des symptômes référés par l'assuré dépend notablement du spécialiste consulté (cf. consultations des Dr W.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_).

En résumé et en conclusion relativement aux symptômes présentés ou référés par l'assuré dans les suites immédiates puis au décours de l'évènement du 23 mai 2000, ceux-ci n'apparaissent nullement évocateurs d'une atteinte focale aiguë au niveau cervical, qui plus est de type fracturaire ou de type entorse grave, avec atteinte ligamentaire.

*Diagnostics retenus :*

Avant la déclaration d'accident en 2012 et ce nonobstant une consultation médicale à la limite du pléthorique, aucun diagnostic reposant sur un substrat organique, respectivement correspondant à une atteinte anatomique - que celle-ci fut malade ou traumatique - n'a été retenue chez M. T.\_\_\_\_\_.

Avant 2012, tous les diagnostics retenus sont de type fonctionnel (côlon spastique) ou relèvent de la sphère psychiatrique (dépression, trouble schizotypique, troubles somatoformes douloureux, etc.).

Sans vouloir l'exclure absolument puisque tout est possible en médecine, on a quand même des difficultés à croire qu'il ait fallu attendre plus de douze ans chez un sujet poly-plaintif et poly-investigué pour poser les "*bons diagnostics*" et que tous les confrères ayant examiné M. T.\_\_\_\_\_ en précédence se soient fourvoyés.

*Remarques sur les rapports médicaux fournis à l'appui du recours :*

Sur [la] base des considérations sus-émises, il apparaît qu'il faille déjà a priori prendre en considération avec la plus extrême cautèle les diagnostics retenus et taxés de post-traumatiques dans les rapports médicaux à disposition.

Relativement au rapport médical du Dr W.\_\_\_\_\_, respectivement au diagnostic de probable arrachement antérieur de C6-C7 retenu sur base d'imagerie, on notera que ce spécialiste n'explique pas par quel mécanisme cet arrachement aurait pu se produire et ne fournit pas non plus d'éléments pour corrélérer cette lésion à la symptomatologie référée par l'assuré, en l'absence au demeurant d'éléments cliniques validables.

On ajoutera que si le spécialiste retient qu'il s'agit d'un probable arrachement osseux, il apparaît moins affirmé quant à la nature post-traumatique vraie de telle lésion ("*...l'atteinte cervicale me semble post-traumatique*") et il n'établit pas de lien clair avec l'événement du 23 mai 2000, dont il semble de plus remettre la nature accidentelle en doute (cf. terme accident mis entre guillemets).

Le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ ne nous apporte donc pas d'éléments susceptibles de modifier la prise de position de la Suva.

Relativement au rapport médical du Dr D.\_\_\_\_\_, celui-ci nous apprend que l'examen arthroscopique de l'épaule gauche (qui reste du point de vue diagnostic le *gold standard*) n'a mis en évidence aucune pathologie imputable à un quelconque trauma. Il n'y a par ailleurs pas de diagnostic spécifique référé.

Après lecture personnelle de l'examen arthro-IRM et concernant la lésion du labrum antéro-supérieur évoquée, je retiens qu'elle pose le diagnostic différentiel avec un banal récessus sous labral, avec même des arguments pour cette dernière éventualité, puisque le Dr D.\_\_\_\_\_ n'a pas signalé de lésion labrale dans son rapport. D'autre part, tout en retenant une tendinopathie du sus-épineux, puisque celle-ci est référée à l'examen arthroscopique, je retiens que l'anomalie de signal visible au niveau du sus-épineux est malgré tout assez évocatrice d'un artéfact, classiquement appelés *magic effect*, ceci parce que l'anomalie de signal est homogène sur toute l'épaisseur du tendon et qu'elle présente une interruption assez nette (cf. Seibold & al.).

Les éléments fournis dans le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ ne sont ainsi pas susceptibles de remettre en cause la prise de position de la Suva et confortent même celle-ci, en confirmant de manière indubitable l'absence de lésion post-traumatique au niveau de l'épaule gauche chez M. T.\_\_\_\_\_.

Respectivement au rapport du Dr N.\_\_\_\_\_, je retiens celui-ci non probant, ceci pour de multiples raisons.

Avec forte science à l'appui, le spécialiste explique que, sur base de l'imagerie, il a retenu la présence d'une fracture de la base de l'apophyse odontoïde de C2. Or, la zone d'hypodensité visible sur le CT-scan qu'il retient comme principal argument de séquelle fracturaire correspond très banalement à un artéfact métallique, probablement dû à la présence d'implants au niveau dentaire (denture non visible sur les images transmises). Sur l'image 1 en

annexe (cf. images originales pour une meilleure visualisation), on note en effet deux lignes hypodenses qui traversent toute l'image et qui créent, entre autres, cette impression d'hypodensité à la base de C2, interprétée comme séquelle de fracture par le Dr N.\_\_\_\_\_.

À peine sous cette zone hypodense, on note également la rémanence de la synchondrose entre noyau d'ossification du corps et de dent de l'axis, encore mieux visible sur l'examen IRM (cf. image 2). Toujours sur l'IRM, on note une zone d'hyposignal (zone hyperdense sur le CT-scan) autour de la pointe de l'apophyse odontoïde, signant une fusion tardive de ce noyau épiphysaire supérieur (ossicule de Bergman fusionné).

Chez M. T.\_\_\_\_\_, outre cette synchondrose résiduelle très visible et cette fusion secondaire de l'ossicule de Bergman (qui correspondent à vrai dire à des variations anatomiques liées au développement sans aucune signification pathologique), on retrouve à la jonction occipito-cervicale des petits noyaux de non-fusion osseuse, idem au niveau de l'arc antérieur de C1 et du listel marginal postérieur de C2, C3 et C4 (cf. image 3 et 4). Dans ce contexte, la calcification sous-ligamentaire au niveau C6-C7 correspond le plus probablement à une non-fusion du listel marginal antérieur de C7 (également séquelle de croissance), ceci en particulier au vu de l'irrégularité du plateau antéro-supérieur de ce dernier segment vertébral.

On signalera à ce propos que les malformations de type congénito-développementales au niveau du rachis cervical sont fréquentes et classiquement multiples.

Relativement au diagnostic d'entorse C6-C7 avec calcification résiduelle, il ne tient pas la route en considération des circonstances accidentelles référées, de l'absence d'atteinte ligamentaire concomitante et surtout de l'absence de lésion du disque C6-C7 ou des éléments postérieurs vertébraux. En effet, si l'assuré avait subi une entorse à ce niveau avec calcification résiduelle, cela signifierait qu'il aurait subi un mouvement violent du rachis cervical en extension, ce qui aurait provoqué, outre l'arrachement osseux, une lésion du ligament longitudinal antérieur (inexistante) et, dans le même temps, au moins un décollement du disque par rapport au plateau vertébral, lequel décollement aurait dû évoluer vers une discopathie marquée en peu de temps, cependant que plus de douze ans après l'accident, on ne constate qu'une atteinte très modérée de ce disque, au demeurant classiquement atteint de manière dégénérative dans la population normale, même dans la population adulte jeune (cf. Matsumoto & al., Siivola & al.). Toujours concernant cette hypothétique entorse évoquée, il est plus qu'exceptionnel qu'un arrachement osseux cervical antérieur par mouvement d'hyperextension ne s'accompagne pas de lésions fracturaires des structures vertébrales postérieures (au niveau des articulaires, par mécanisme type "casse-noix").

En surabondance, le Dr N.\_\_\_\_\_ n'explique pas, et ceci alors qu'il a eu apparemment accès à tout document utile pour établir son appréciation, pourquoi initialement il n'existait pas de symptomatologie centrée sur les lésions qu'il considère post-traumatiques, lesquelles sont à considérer comme des lésions graves du rachis. On rappellera à ce propos qu'une fracture ça fait mal, en particulier dans la phase aiguë, idem pour une entorse avec atteinte ligamentaire.

Le spécialiste n'explique pas non plus pourquoi la séquelle fracturaire se retrouverait sous forme d'hypodensité au niveau de l'os spongieux, os subissant le plus grand remodelage post-fracturaire, alors même que classiquement après une fracture on retrouve soit une restitution de tissus spongieux, soit encore plus classiquement une zone sclérotique, respectivement une zone de densification avec trabéculatation osseuse épaissie, sauf bien entendu si la fracture ne consolide pas et évolue vers une pseudarthrose, éventualité non envisagée dans le cas de M. T.\_\_\_\_\_.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ n'explique finalement pas non plus pourquoi l'assuré aurait encore des douleurs en status douze ans après une fracture qu'il retient malgré tout visiblement consolidée, et ceci dans une position adéquate.

Sur [la] base de l'analyse des images et des actes, il n'y a donc pas d'arguments ni pour des séquelles de fracture, ni pour des séquelles d'entorse, mais on retiendra bien plus prosaïquement la présence de variations anatomiques multiples d'origine congénito-développementale, sans signification pathologique particulière, se combinant à des artéfacts techniques.

En l'absence d'arguments pour une atteinte cervicale séquellaire de l'événement du 23 mai 2000 chez M. T.\_\_\_\_\_, je ne m'attarderai pas sur le syndrome de Bärtschi-Rochaix évoqué par le Dr N.\_\_\_\_\_. Je rappellerai simplement que cette entité syndromique a été décrite par le médecin éponyme pour la première fois en 1949, lequel retenait comme étiologie des symptômes une compression traumatique de l'artère vertébrale. On parle actuellement plus volontiers de migraine cervicale, entité au demeurant discutée et qui n'est pas sans rappeler, pour ses symptômes et son étiologie, le "tableau typique" évoqué dans la jurisprudence helvétique après traumatisme cranio-cérébral léger ou entorse cervicale type coup du lapin (cf. Antonaci & al. pour plus de détails sur le syndrome de Bärtschi-Rochaix et la migraine cervicale).

En résumé, le Dr N.\_\_\_\_\_ a fait dans le cas de M. T.\_\_\_\_\_ une analyse erronée des examens d'imageries, respectivement une surinterprétation de ceux-ci et, surtout, il n'a pas tenu compte d'éléments d'anamnèse clairement en contradiction avec les diagnostics qu'il a retenus.

Il ne peut donc être donné valeur probante du point de vue médical à son rapport et ses conclusions ne sauraient ainsi remettre en question la prise de position de la Suva.

#### *Synopsis :*

Relativement aux rapports médicaux dans leur ensemble, ceux-ci n'apportent aucun élément parlant pour une atteinte traumatique séquellaire chez M. T.\_\_\_\_\_, a fortiori en rapport avec l'accident déclaré du 23 mai 2000, ceci non seulement au niveau cervico-brachial, mais également pour toute partie anatomique explorée.

Tous les éléments du dossier parlent pour la présence de troubles fonctionnels marqués et chroniques chez M. T.\_\_\_\_\_, tandis qu'il n'existe sur base de ce même dossier et en particulier des éléments d'imagerie, aucun indice pour une quelconque atteinte organique relevante, même malade.

Comme l'a écrit en son temps le Dr F.\_\_\_\_\_, si la souffrance de l'assuré est réelle, elle relève clairement et exclusivement de la psychiatrie. Toutes les thérapies physiques effectuées jusqu'alors ont en effet démontré leur inutilité, respectivement leur nocivité, de manière transitoire ou permanente.

### **Conclusions**

Les rapports médicaux fournis à l'appui du recours à la décision sur opposition du 4 avril 2013 n'apportent aucun élément susceptible de modifier les conclusions émises précédemment par la Suva.

Il n'existe aucun indice pour considérer une quelconque atteinte séquellaire organique de l'accident déclaré du 23 mai 2000. »

Le 11 août 2014, le recourant a encore produit les pièces suivantes :

- un rapport du 9 avril 2013 du Dr [...], spécialiste en anesthésiologie, selon lequel le patient, après deux traitements, l'un axé sur le système sympathique (infiltration péridurale par abord caudal), et l'autre sur d'éventuels champs perturbateurs (plexus prostatique et pré-vésical, cicatrices) avait préféré s'abstenir de poursuivre le traitement vu l'absence d'effet bénéfique ;

- un rapport du 4 juillet 2014 du Dr N.\_\_\_\_\_, maintenant après lecture du rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ la position exprimée dans son rapport du 20 mai 2013.

La CNA, le 15 octobre 2014, a conclu derechef au rejet du recours. Elle a produit un rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 10 octobre 2014, qui a confirmé son appréciation du 29 avril 2014.

Le 7 novembre 2014, le recourant, par son conseil, a estimé que le Dr Z.\_\_\_\_\_ et le Dr N.\_\_\_\_\_ étaient d'avis « *fondamentalement divergents* » et a requis qu'une expertise médicale soit mise en œuvre auprès d'un médecin orthopédiste ou traumatologue, et a conclu subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle expertise.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [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 (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à la prise en charge par l'intimée des suites de l'événement du 23 mai 2000. Singulièrement, il s'agit d'examiner si l'atteinte subie constitue un accident, ou une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, respectivement s'il existe une relation de causalité entre les troubles allégués et l'événement précité.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

**aa)** Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au corps humain qui agit (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2<sup>e</sup> éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 66 p. 859). Dans la plupart des situations, le facteur extérieur est clairement reconnaissable (chute, coup, etc.). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues (cf. ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 et 129 V 402 consid. 2.1 ; cf. TF 8C\_234/2008 du 31 mars 2009 consid. 3.1 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 71 p. 860). Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et 121 V 35 consid. 1a avec les références citées).

Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (« *mouvement non programmé* », cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 74 p. 861 s.). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en

raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encouble, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (cf. RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine [TFA U 322/02 du 7 octobre 2003], 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références).

**bb)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 79 p. 865).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; cf. RAMA 1999 no U 341 p. 408 ss consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (cf. TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 avec les références citées et 8C\_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 ; cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

**b)** L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c, 114 V 298 consid. 3c).

A l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident mentionnées à l'art. 4 LPGA doivent être réalisées (ATF 129 V 466 consid. 2.2). Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain. La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 66 p. 859 et n° 104 p. 875), comme lorsqu'un geste quotidien entraîne une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal et psychologiquement contrôlé. C'est le cas notamment lors de la survenance d'une circonstance qui rend incontrôlable un geste de la vie courante, comme un accès de colère au cours duquel une personne effectue un mouvement violent non maîtrisé (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1) ou lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; TF 8C\_949/2010 du 1<sup>er</sup> décembre 2011 consid. 4.3.2.1).

En droit des assurances sociales, s'applique de manière générale la règle dite des « *premières déclarations ou des déclarations de*

*la première heure* », selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_873/2014 du 13 avril 2015 consid. 4.2.1).

**c)** S'agissant de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 4).

**d)** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 et la référence citée).

**4. a)** En premier lieu, et au vu de l'écriture du recourant du 4 juillet 2013, on constate que celui-ci n'allègue présenter d'atteintes qu'il attribue à l'événement du 23 mai 2000 qu'au niveau des cervicales, en se référant à l'appréciation du Dr N. \_\_\_\_\_ produite dans le cadre de la

procédure de recours. Il résulte en effet clairement du rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 14 juin 2013 que l'atteinte à l'épaule gauche n'est pas post-traumatique, pas plus que les problèmes qu'il présente au bas du dos (l'IRM lombaire du 5 juin 2012 étant du reste dans les limites de la norme et le recourant admettant que les sciatalgies ne sont pas post-traumatiques).

Quoi qu'il en soit, même à admettre que les diagnostics posés par le Dr N. \_\_\_\_\_ - savoir ceux de fracture ancienne de l'apophyse odontoïde et d'entorse au niveau C6-C7 -, puissent devoir être considérés comme des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, il n'en demeure pas moins que l'événement du 23 mai 2000, tel qu'il a été décrit, ne revêt pas l'aspect d'un facteur extérieur : en particulier, il est constant en l'espèce - et le recourant n'en disconvient pas - que ce dernier ne devait que porter une vitre. Ce port de vitre n'a en outre pas été effectué dans une position instable susceptible d'entraîner un mouvement violent non maîtrisé. Il n'est pas non plus question d'un changement de position du corps brusque ou incontrôlé, apte à provoquer une lésion corporelle selon les constatations de la médecine des accidents. Il apparaît ainsi que l'existence d'un facteur extérieur doit être niée, et que l'intimée était fondée à refuser d'allouer des prestations d'assurance pour les suites de l'événement du 23 mai 2000 pour ce motif déjà.

**b)** Cela étant, on observa par surabondance que dans son rapport du 5 décembre 2000 à la [...], le Dr Q. \_\_\_\_\_ a constaté que sur le plan ostéoarticulaire, l'assuré était en mesure d'exercer son activité habituelle de serrurier. Dans son certificat médical du 20 décembre 2000, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué quant au motif de l'incapacité de travail de son patient qu'il s'agissait d'une « *maladie* », et non pas d'un accident. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a également constaté, le 23 août 2001, que l'assuré ne présentait aucun élément inquiétant au plan rhumato-neurologique, sa souffrance - bien réelle - n'étant pas de nature organique. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a fait un constat similaire le 11 février 2002. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a ensuite indiqué au Dr S. \_\_\_\_\_ que l'assuré avait été pris en charge auprès du Centre [...] d'[...], en raison d'une exacerbation des douleurs lombaires

« *survenue sans facteur déclenchant particulier* » durant l'automne 2003 (cf. rapport du 18 mai 2004).

Ce n'est finalement qu'en juin 2012, soit plus de douze ans après l'événement du 23 mai 2000, que le Dr W.\_\_\_\_\_ a, pour la première fois, évoqué un probable ancien arrachement antérieur en C6-C7, avec une discrète uncarthrose à ce niveau à gauche, estimant que l'atteinte cervicale était post-traumatique, mais excluant un lien (de nature post-traumatique) s'agissant de la symptomatologie lombaire.

Le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est contenté, dans un bref certificat non motivé du 26 juin 2012, d'affirmer que les douleurs cervicales et lombaires de son patient étaient en lien avec l'événement du 23 mai 2000. Toutefois, comme on l'a vu, l'assuré lui-même admet que ses douleurs lombaires ne sont pas imputables à cet événement. Le certificat médical du Dr S.\_\_\_\_\_ n'est en outre pas motivé, et s'inscrit en contradiction avec les autres observations de ce médecin.

Amené à examiner le cas de l'assuré, le Dr L.\_\_\_\_\_ a constaté, dans son rapport du 12 février 2013, que les divers éléments au dossier ne permettaient pas de retenir une relation de causalité étiologique au degré de la probabilité entre les troubles douloureux invalidants chronicisés ressortant des pièces médicales à disposition et l'effort tel que décrit le 23 mai 2000. Pour le Dr L.\_\_\_\_\_, les troubles en question constituaient vraisemblablement une première manifestation d'une problématique malade latente, de type dégénératif, qui a évolué vers la chronicité.

Toutefois, le Dr N.\_\_\_\_\_ a fait état de lésions au niveau cervical le 20 mai 2013, en constatant la présence de signes d'imagerie prouvant selon lui la présence de deux lésions traumatiques anciennes de la colonne cervicale. Pour ce médecin, les signes cliniques étaient apparus dans les suites du « *traumatisme* » du 23 mai 2000 et étaient en relation très probable avec celui-ci.

Or cet avis ne saurait être propre à établir une relation de causalité entre les lésions mises en évidence par le Dr N.\_\_\_\_\_ et l'événement du 23 mai 2000 : comme l'a relevé de façon pertinente le Dr Z.\_\_\_\_\_ le 29 avril 2014, à lecture des circonstances de l'événement du 23 mai 2000, il apparaît qu'aucun élément ne fait suspecter dans ce contexte un traumatisme direct ou indirect du rachis cervical ; il n'a en particulier jamais été mentionné que le vitrage ait heurté le plan cervical ou la tête de l'assuré. Plus largement, le Dr Z.\_\_\_\_\_ relève, sans être contredit, que les circonstances de l'événement du 23 mai 2000 apparaissent pratiquement incompatibles avec une quelconque lésion cervicale et en particulier avec les lésions diagnostiquées par le Dr N.\_\_\_\_\_, de même qu'avec un mécanisme qui aurait été propre à causer l'arrachement mentionné par le Dr W.\_\_\_\_\_ le 4 juin 2012, médecin qui semble au demeurant douter de la nature accidentelle de l'événement du 23 mai 2000, lorsqu'il indique entre guillemets dans son rapport précité qu'est survenu le 23 mai 2000 un « *accident* ». A cela s'ajoute encore qu'aucun médecin, entre 2000 et 2012, n'a fait état de lésion au niveau cervical, alors que le recourant a fait l'objet d'un suivi important et d'investigations médicales poussées durant ces douze années, les plaintes se concentrant sur la région dorso-lombaire et abdominale. Or selon le Dr Z.\_\_\_\_\_, si le recourant avait présenté les atteintes posées par le Dr N.\_\_\_\_\_, il aurait eu mal et se serait plaint de douleurs à ce niveau, ce qui ne ressort pas du dossier. La demande de prestations AI déposée en août 2000 a ainsi été motivée par des atteintes au niveau du ventre et du dos. Lors de son examen auprès du SMR de décembre 2002, l'assuré a indiqué des douleurs dorso-lombaires, ainsi que des douleurs de la sangle abdominale, mais pas au niveau cervical. Dans son rapport à l'OAI du 15 juin 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des lombosciatalgies et a fait état de douleurs au niveau du dos et des lombaires, mais pas au niveau cervical. On doit aussi admettre, avec le Dr Z.\_\_\_\_\_, que le Dr N.\_\_\_\_\_ n'explique pas pourquoi l'assuré aurait encore des douleurs en status douze ans après une fracture qu'il estime visiblement consolidée, et ce dans une position adéquate. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ expose par ailleurs de façon étayée et argumentée les raisons pour lesquelles il retient au niveau de la colonne cervicale non pas une atteinte post-traumatique, mais un cadre

malformatif fruste multiple d'origine développementale. Dans ces circonstances, en l'absence de lésion assimilée à un accident (et à plus forte raison d'accident, faute - en sus de cause extérieure - de caractère extraordinaire à l'événement de mai 2000), ainsi que de lien de causalité entre les troubles allégués et l'événement du 23 mai 2000, c'est à bon droit que l'intimée a refusé d'allouer ses prestations.

Le recourant ne soutient pour le surplus pas - à juste titre - que ses troubles psychiques seraient liés à l'événement du 23 mai 2000.

**c)** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3, 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

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

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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

**I.** Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 4 avril 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents 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 Olivier Carré (pour T. \_\_\_\_\_),
- 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 :