

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 octobre 2014

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Merz
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant,

et

BÂLOISE ASSURANCES SA, à Bâle, intimée, représentée par Me Christian GROSJEAN, avocat à Genève.

Art. 6, 10, 16 et 36 LAA.

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1974, est électronicien de formation. Il a exercé la fonction de technicien-régisseur à 50% auprès de la société J._____Sàrl à compter du 1^{er} juillet 2009.

Il était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels par la Bâloise Assurances SA (ci-après également : l'intimée).

B. En date du 24 février 2012, il a été victime d'un accident de la circulation au volant de son véhicule privé, sur l'autoroute A1 à proximité de [...]. Voyant la voiture le précédant dans un tunnel faire un écart sur la droite, puis rouler sur un objet sur la chaussée, il n'a pas été en mesure d'éviter celui-ci et a perdu la maîtrise de son véhicule, sous suite d'un choc frontal contre un mur du tunnel et de plusieurs tête-à-queue.

Emmené en ambulance à l'Hôpital M._____ à [...], il y a reçu les premiers soins et a pu en ressortir quelques heures plus tard, de même d'ailleurs que son amie, passagère du véhicule, blessée superficiellement à une jambe.

Le sinistre a été annoncé par J._____Sàrl par dépôt d'une déclaration formelle à la Bâloise Assurances SA le 5 mars 2012.

A la même date, le Dr S._____, médecin au Centre d'urgences de l'Hôpital M._____, a complété un rapport à l'attention de l'assureur précité, faisant état dans le cas de l'assuré des diagnostics de « contusion du poignet droit », « accélération traumatique crânio-cervicale » et « contusion dorsolombaire ». Une incapacité de travail totale a été prononcée dès l'accident pour une durée de huit jours selon les certificats successivement établis par ce praticien. La prise en charge de l'assuré a été dès lors assumée par le Dr G._____, médecin assistant au

sein de l'Etablissement hospitalier Y._____ à [...], lequel a préconisé une reprise d'activité à plein temps dès le 8 mars 2012.

L'assuré a ensuite consulté son médecin interniste traitant, le Dr N._____, qui a cependant poursuivi l'arrêt total de travail jusqu'au 25 mars 2012 et prescrit des traitements chiropratiques.

A la demande de ce dernier, l'assuré a subi une IRM cervicale et dorsale haute le 26 septembre 2012, auprès du Dr R._____, dont le rapport, établi le 27 septembre 2012, relate les éléments suivants :

« [...] Pas de fracture, ni d'anomalie significative du signal médullaire osseux. Discrète attitude scoliotique cervicale harmonieuse dextro-convexe. Alignement correct. Hauteur et alignement conservés des espaces intersomatiques.

C3-C4 à C7-D1 : pas de protrusion ni de hernie discale.

Les trous de conjugaison sont libres.

Les dimensions du canal spinal sont normales.

Morphologie et signal conservés du cordon médullaire cervical et dorsal proximal exploré.

Charnière cervico-occipitale, émergence du plexus brachial droit et gauche ainsi que sommets pulmonaires visibles sans anomalie.

Sur les séquences en saturation de graisse pas d'infiltration œdémateuse des parties molles musculaires et juxta-articulaires ni de collection circonscrite notamment de type hématome.

Conclusion

Examen dans les limites de la norme hormis un discret trouble statique.

En particulier pas d'anomalie du cordon médullaire ni de conflit disco-radriculaire notamment du côté droit. »

Le Dr N._____ a fait parvenir un rapport à la Bâloise Assurances SA le 30 septembre 2012, retenant le diagnostic de « status post-traumatique d'accélération crânio-cervicale » et, au titre de circonstances sans rapport avec l'accident, « une perte de travail et la descente aux enfers d'un point de vue social ». Il a par ailleurs précisé ce qui suit :

« Le patient semble avoir eu un suivi par le Dr H._____, chiropraticien. Le patient explique avoir parfois des douleurs assez importantes qui surviennent de façon pas toujours reproductibles au niveau de la colonne cervicale avec irradiation entre les deux omoplates. Douleurs aussi depuis le dos de la main droite le long du bras, latérale vers l'épaule droite et aussi thoracique sous-axillaire.

Du point de vue clinique et anatomique, j'avais de la peine à comprendre l'origine de ces douleurs, raison pour laquelle une IRM me paraissait indiquée pour exclure des éventualités. »

En date du 13 octobre 2012, le Dr H. _____, chiropraticien, a également adressé un rapport intermédiaire à l'assureur concerné, notamment libellé en ces termes :

« [...] J'ai revu votre assuré le 14.9.12 qui se plaint encore de lombalgies basses, exacerbées en position assise (il est informaticien), mais surtout de douleurs interscapulaires bilatérales en barre, qui lui coupent le souffle. En outre, tension/blocage cervico-dorsal, barre occipitale douloureuse. Une IRM effectuée au [...] le 26.9.12 du rachis cervical et dorsal supérieur ne montre pas d'anomalie particulière, ce qui pouvait être attendu.

Entre-temps, [l'assuré] a été licencié fin août de son poste à 50% ; il se trouve donc au chômage et se pose la question de quelle aptitude au placement il peut faire valoir, d'autant plus qu'il est incapable à l'heure actuelle de maintenir une position assise autre qu'en tailleur.

Dans ses symptômes post-traumatiques, outre des plaintes au niveau du poignet dr[oit], de cervico-brachilgies dr[oites] et de lombalgies basses bilatérales, votre assuré se plaignait également de symptômes d'essence plutôt neuro-végétative (perte d'appétit, nausées, vomissements, acidité digestive, urinaire, diarrhées, insomnies et fatigue chronique « énorme », impossibilité de reprendre son poids normal - 55kg pour une taille de 180 cm).

Du point de vue de mon examen chiropratique, j'ai trouvé principalement des contractures musculaires des QL [réd. : quadratus lumborum], des trapèzes et des scalènes ddc ([réd. : des deux côtés], ainsi que des DIM [réd. : déplacements intervertébraux mineurs] dorso-lombaires et cervicaux supérieurs.

Mon impression du cas de [l'assuré], qui a très probablement subi un traumatisme crânio-cervical lors de son accident, est que soit :

- il souffre de troubles neurologiques fonctionnels post-traumatiques
- soit d'une décompensation psychologique post-traumatique exacerbée par une situation professionnelle instable.

En effet de simples troubles mécaniques auraient déjà dû être réglés. Je connais [l'assuré] depuis une quinzaine d'années et, usuellement, contrairement à l'épisode post-traumatique actuel (exception faite des douleurs du poignet, bien améliorées), mon traitement l'avait toujours aidé, même lorsqu'il était confronté à des difficultés professionnelles.

Quid de la suite ? En tant qu'assureur, j'opterais pour une consultation en neuropsychologie au [...] [...], puis en cas de fonctionnement cérébral authentifié comme « normal », non-affecté par l'accident du 24.2.12, pour une prise en charge psychothérapeutique. [...] »

La Bâloise Assurances SA a décidé de la mise en œuvre d'une expertise somatique de l'assuré, dont le mandat a été confié au Dr

C._____, spécialiste en neurologie. Ce dernier a rencontré l'assuré et effectué un examen le 28 février 2013, après étude du dossier assécurologique et des pièces complémentaires mises à sa disposition. Il a rendu son rapport le 5 mars 2013, retenant les diagnostics de « douleurs rachidiennes, abdominales avec troubles digestifs et troubles urinaires sans substrat organique. » Au terme de son analyse, il a apprécié la situation ainsi :

« L'assuré est un homme de 38 ans, en bonne santé habituelle, électronicien de profession, travaillant à 50% depuis 2009 comme technicien. Il a été victime d'un accident de la circulation le 22 [recte : 24].02.2012. Il n'y a pas de traumatisme crânien, mais une contusion du poignet droit qui a évolué favorablement.

Le bilan radiologique effectué en urgence s'est révélé normal, avec en particulier radiographies de la main droite, radiographies de la colonne cervicale et radiographies de la colonne lombaire.

Dans les suites de l'accident, il a développé un tableau psychique, probablement de type syndrome de stress post-traumatique, avec rêves récurrents.

Il a également été pris en charge sur le plan psychiatrique entre octobre et novembre 2012 pour une symptomatologie dépressive.

Encore actuellement, bien que la thymie semble normale à l'observation, il décrit une certaine détresse psychologique face à la perte de son statut social et professionnel.

Sur le plan somatique, il se plaint de douleurs cervicales irradiant dans la ceinture scapulaire, de douleurs dorsales, de douleurs lombaires, associées également à des douleurs abdominales, des troubles digestifs de type alternance diarrhées/constipation, ainsi que de troubles urinaires.

Objectivement, le status neurologique détaillé est rigoureusement normal. En particulier, il n'y a pas de syndrome cervical, ou minime. Il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral, de syndrome radiculaire aux membres supérieurs ou aux membres inférieurs, d'élément en faveur d'une myélopathie.

Les examens paracliniques, y compris une IRM cervico-dorsale haute, ont permis également d'exclure une lésion traumatique au niveau du rachis cervical, dorsal et lombaire.

Tout au plus, il a présenté une contusion du poignet droit, qui a évolué favorablement. Face à l'ensemble de ces éléments, nous estimons que le tableau subjectif n'a pas d'explication d'ordre somatique en lien avec l'événement assuré du 24.02.2012 et qu'il est de nature essentiellement psychologique.

Au total, il n'y a pas de séquelle somatique de l'accident du 24.02.2012 et sur le plan somatique cet assuré est apte à travailler en tant que technicien à 100% ceci déjà depuis le 01.04.2012. »

C. Compte tenu des conclusions de l'expert, la Bâloise Assurances SA a rendu une décision le 9 avril 2013, retenant l'absence de toute séquelle somatique objective causée par l'accident du 24 février 2012 à compter du 1^{er} avril 2012, partant l'absence de lien de causalité

des troubles présentés dès cette dernière date avec ledit accident. La Bâloise Assurances SA a dès lors nié le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 1^{er} avril 2012.

Par acte d'opposition du 9 mai 2013, l'assuré a contesté cette décision, mettant en exergue l'intensité des douleurs consécutives à l'accident, lesquelles auraient entraîné une dégradation manifeste de ses compétences fonctionnelles et professionnelles. Il s'est au surplus référé aux rapports de ses médecins traitants, les Drs H._____ et N._____, versés au dossier de la Bâloise Assurances SA respectivement en date des 2 et 7 mai 2013.

Le 2 mai 2013, le Dr H._____ a en effet soutenu les griefs de son patient, indiquant à l'attention de la Bâloise Assurances SA ce qui suit :

« [...] Je ne suis pas étonné des conclusions du Dr C._____, dont je ne possède néanmoins pas copie du rapport (je me base sur les lignes de votre décision le citant) :

- comme je l'avais suggéré en octobre, la bonne personne à consulter dans ce cas aurait été un neuropsychologue et non un neurologue ; j'avais déjà noté qu'il n'y a pas de déficit neurologique cliniquement objectivable ;

- une IRM cervico-dorsale normale n'est pas surprenante non plus ; au vu des symptômes déjà décrits de [l'assuré], seule une IRM cérébrale fonctionnelle aurait pu apporter des arguments pour ou contre une origine post-traumatique à ses troubles ;

[...]

- je suis aussi d'accord avec sa conclusion qui relève l'absence de syndrome vertébral, mais je persiste à relever diverses contractures musculaires et DIM (récurrents au niveau dorso-lombaire et cervical sup[érieur] dr[oit]) chez ce patient que j'ai revu le 23.4.13 ;

- j'estime en outre que la date de fin de vos prestations (1.4.12) telle que citée dans votre courrier est soit une erreur (2012 au lieu de 2013), soit une négation inappropriée des troubles de [l'assuré]. Surtout basée sur une expertise datée du 28.2.13, plus d'une année après l'événement accidentel.

[...]

Votre prise de position qui stipule : « le tableau subjectif...est de nature essentiellement psychologique » est peut-être exacte ; j'avais suggéré cette possibilité dans le cadre d'une alternative. Mais tant que n'est pas prouvée ou infirmée l'éventualité des séquelles neuropsychologiques, nous ne pouvons pas en être sûrs. Et même d'ailleurs, je pense que sans l'événement accidentel, le dommage actuel, qu'il soit psychologique (il y a alors atteinte à la santé mentale - et ceci n'exclut pas forcément la responsabilité de l'assureur) ou neuropsychologique (avec altérations objectives sur

une IRM fonctionnelle) ne serait pas survenu de la même manière. [...] »

Quant au Dr N._____, il a appuyé les remarques du chiropraticien précité et fait valoir notamment qu'une expertise postérieure de plus d'un an à l'accident en question n'était à son sens pas susceptible de se prononcer avec effet rétroactif sur la situation de son patient et qu'elle faisait fi sans justification des avis des médecins traitants ayant suivi régulièrement et durablement ce dernier.

Par décision sur opposition du 30 septembre 2013, la Bâloise Assurances SA a maintenu la teneur de sa décision du 9 avril 2013, confirmant l'absence de séquelles somatiques des suites de l'accident du 24 février 2012 sur la base des conclusions du Dr C._____. Elle a par ailleurs rappelé la jurisprudence fédérale pertinente en lien avec la question de la causalité, mettant en exergue les critères spécifiques dégagés en matière de troubles psychiques. Soutenant que l'accident en cause devait se voir attribuer un degré de gravité moyen, elle a estimé que la réalisation des critères corrélatifs ne pouvait être admise in casu.

D. L'assuré a déféré cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 29 octobre 2013, se prévalant du défaut de valeur probante de l'expertise du Dr C._____ pour se prononcer sur des événements antérieurs à son examen, sans que ce spécialiste n'ait pris en compte ses plaintes, ni les rapports de ses médecins traitants. Il a joint, à titre de justificatifs, les rapports des 2 et 7 mai 2013 de ces praticiens, ainsi qu'un tirage des certificats d'incapacité totale de travail établis par le Dr N._____ du 8 au 25 mars 2012, respectivement du 10 septembre 2012 au 30 novembre 2012. Insistant sur l'importance de ses troubles somatiques, ainsi que sur l'éventualité de troubles psychologiques consécutifs à l'accident, le recourant a fait valoir la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) avant qu'il ne fût statué sur son cas. Il a conclu principalement à la reconnaissance de son droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 1^{er} avril 2012 et subsidiairement au

renvoi de la cause à la Bâloise Assurances SA pour complément d'instruction médicale.

La Bâloise Assurances SA, par l'intermédiaire de son mandataire, Me Christian Grosjean, a communiqué sa réponse au recours le 25 novembre 2013, proposant le rejet de l'ensemble des conclusions de l'assuré. Examinant le lien de causalité naturelle des troubles présentés par l'assuré avec l'accident incriminé, elle a estimé que les conclusions du Dr C._____ pouvaient être suivies sur le plan somatique au vu de l'absence d'élément concret de nature à les remettre en question, cet expert ayant clairement établi que le statu quo sine avait été atteint au plus tard le 1^{er} avril 2012. Du point de vue psychologique, elle a souligné que l'assuré n'avait été suivi que ponctuellement du 17 octobre 2012 au 14 novembre 2012, sans que l'épisode dépressif moyen n'ait été mis en relation avec l'accident du 24 février 2012, mais plutôt avec la perte de statut social et professionnel mal vécu par l'assuré. Quant au lien de causalité adéquate, l'intimée a observé qu'il y avait lieu d'appliquer la jurisprudence fédérale en matière de traumatisme sans preuve de déficit organique, relevant qu'aucun des critères permettant d'admettre un tel lien n'était rempli en l'occurrence et considérant que les troubles psychiques pris en charge auprès de l'assuré apparaissaient de toute manière avoir une origine distincte de l'accident du 24 février 2012.

Le recourant a répliqué le 17 décembre 2013, rappelant la diminution de ses aptitudes physiques et mentales, constatées par son employeur et ayant conduit ce dernier à le licencier. Il a persisté au surplus à requérir la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, réitérant ses griefs à l'égard du rapport établi par le Dr C._____. Il a par ailleurs annoncé la production ultérieure d'un avis psychiatrique, établi par le spécialiste concerné en charge de son cas, le Dr B._____.

L'intimée s'est déterminée le 14 janvier 2014, soulignant derechef la pleine valeur probante devant à son sens être accordée au rapport établi par le Dr C._____ et l'absence de lien de causalité entre l'accident du 24 février 2012 et d'éventuels troubles psychiques affectant l'assuré.

Ce dernier a enfin indiqué, par écriture du 10 mars 2014, ne pas avoir de nouvelles pièces à produire à l'appui de ses conclusions. Il a par ailleurs une nouvelle fois requis la mise en œuvre d'une expertise, limitée au plan rhumatologique.

E n d r o i t :

1.

1.1 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 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 al. 1 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).

1.2 Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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 al. 1 let. a LPA-VD).

1.3 S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, la valeur litigieuse excède manifestement 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

1.4 En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile (cf. art. 60 LPGA) devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de

forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée postérieurement à la date du 1^{er} avril 2012, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre la symptomatologie douloureuse présentée au-delà de cette date et l'accident du 24 février 2012. En premier lieu, il s'agira de déterminer si le statu quo sine vel ante a été atteint sur le plan somatique. Quant à l'aspect psychologique, pour autant que des troubles de ce registre puissent être admis, il conviendra de se prononcer sur le degré de gravité de l'accident incriminé et la réalisation éventuelle des critères dégagés par la jurisprudence fédérale à cet égard.

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

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1). Les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes,

on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2).

4.

4.1 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet

événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident

(TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et TFA U 266/99 du 14 mars 2000 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (non-application du raisonnement «post hoc ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

4.2 En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid.

3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles 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, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, 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. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique.

4.3 En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques :

- 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, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée

dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;

- les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les 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 si l'on se trouve à la limite 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 de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb ; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4).

5. En cas d'atteintes à la santé (sans preuve de déficit organique) consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, auxquels une atteinte psychique se surajoute, la jurisprudence distingue, pour apprécier le caractère adéquat du rapport de causalité selon l'importance de l'atteinte à la santé psychique.

5.1 Avant de procéder à l'examen du lien de causalité adéquate, il convient d'examiner si les troubles psychiques en cause constituent de simples symptômes du traumatisme vécu ou si au contraire, ils expriment une atteinte à la santé (secondaire) indépendante. La délimitation entre ces deux cas de figure s'effectue notamment au regard de la nature et de la pathogenèse du trouble, de la présence de facteurs concrets étrangers à l'accident et du déroulement temporel

(TFA U 106/03 du 25 janvier 2005 consid. 5.3 ; RAMA 2001 n° U 412 p. 79 ; TFA U 313/01 du 7 août 2002).

5.2 Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique, on applique les mêmes critères que pour une atteinte psychique (ATF 115 V 133 et 403) en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques. L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement, ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99; RAMA 2002 n° U 465 p. 437 consid. 3b [U 164/01]), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b [U 96/00]; ATF 134 V 109 consid. 9.5; TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 et 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

5.3 Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, ne sont pas relégués au second plan par une atteinte psychique, on applique par analogie les mêmes critères que pour une atteinte psychique, mais avec certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 9). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé) ;

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

A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type « coup du lapin », il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 sv. consid. 3b).

6.

6.1 L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, 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 également en considération les plaintes de 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, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience,

le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

6.2 Dans le domaine des assurances sociales, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

6.3 Si l'administration ou le juge, 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 (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

7. In casu, préalablement, il y a lieu de déterminer si un complément d'instruction médicale, soit une expertise rhumatologique ou psychiatrique, se justifie, ainsi que le requiert alternativement le recourant aux termes de ses différentes écritures.

7.1 Sur le plan somatique, il apparaît que la situation du recourant a été instruite à satisfaction, dans la mesure où les renseignements pertinents ont été requis par l'intimée auprès des médecins traitants et

une expertise confiée à un spécialiste en neurologie, le Dr C._____, dont le rapport du 5 mars 2013 remplit manifestement les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante.

Singulièrement, l'expert a procédé à des investigations extrêmement fouillées de la situation médicale, opérant une analyse complète des pièces du dossier, ainsi que des compléments fournis par l'assuré lui-même. Quoi qu'en dise le recourant, il a détaillé les éléments pertinents de son anamnèse et relevé exhaustivement les plaintes alléguées. Il a en outre discuté l'ensemble des diagnostics évoqués en l'espèce, tandis que ses conclusions s'avèrent tout à fait convaincantes, au vu de la pauvreté des constats cliniques relatés.

En dépit de l'opinion exprimée par le Dr H._____, reprise par le recourant dans ses écritures de recours, une évaluation neuropsychologique apparaît clairement superflue. A n'en pas douter, si l'expert avait eu quelconque indication concrète imposant ce complément, il aurait pu le suggérer à l'intimée ou le mettre en œuvre avant de rendre son rapport du 5 mars 2013. Une telle mesure ne se justifiait à l'évidence pas, en l'absence de traumatisme crânien avéré ressortant des investigations effectuées au sein de l'Hôpital M._____. Ce constat s'impose d'autant plus que l'expert n'a laissé planer aucune équivoque sur les diagnostics retenus, envisageant d'emblée une piste psychologique à l'origine de la symptomatologie hétéroclite alléguée par le recourant.

L'on rappellera que les diagnostics somatiques initialement pris en compte auprès de l'Hôpital M._____ à [...] sont ceux de « contusion du poignet droit », « accélération traumatique crânio-cervicale » et « contusion lombaire », soit des atteintes à la santé relativement bénignes, dont le traitement s'est limité à la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie. En outre, le recourant a pu quitter l'établissement précité le même jour sans que les examens effectués par le médecin urgentiste l'ayant pris en charge n'aient mis à jour de problématique inquiétante.

Par ailleurs, la persistance de la symptomatologie douloureuse alléguée par le recourant, restant inexplicée sur la base des constats objectifs, fait l'objet d'avis parfaitement convergents des différents médecins consultés.

Tant le Dr N. _____ que le Dr H. _____ demeurent en effet sceptiques quant à l'origine des symptômes, concédant que les atteintes retenues à la date de l'accident incriminé auraient dû s'amender à brève échéance.

Ces partisans rejoignent ainsi de facto les conclusions de l'expert, dans la mesure où ce dernier a expressément considéré le défaut de tout substrat organique aux « douleurs rachidiennes, abdominales avec troubles digestifs et urinaires » mentionnées par l'assuré.

Au surplus, les médecins traitants de l'assuré n'ont eux-mêmes jamais envoyé le recourant pour examen auprès d'un neuropsychologue, ce qui aurait été leur devoir si un tel examen avait été indiqué.

Aussi, en l'absence d'élément concret susceptible de faire douter de l'exhaustivité des examens opérés et d'ébranler les conclusions du

Dr C. _____, l'on ne voit pas à ce stade qu'une mesure d'instruction complémentaire puisse fournir un éclairage nouveau sur l'état de santé somatique du recourant.

7.2 L'aspect psychique ou psychologique ne justifie pas davantage d'instruction complémentaire, en particulier sous forme d'expertise, malgré les arguments avancés par le recourant et ses médecins traitants.

Il convient en effet de constater que l'assuré n'a fait état d'aucun suivi spécialisé durable et régulier. Une prise en charge psychologique est certes indiquée dans le rapport d'expertise du Dr C. _____, soit une consultation auprès de l'Unité U. _____ pour la

période limitée s'étendant du 17 octobre 2012 au 16 novembre 2012 en raison d'un « épisode dépressif moyen avec syndrome somatique » du fait d'un « vécu actuel d'injustice qui fait écho à des injustices plus anciennes dans l'enfance. »

Cela étant, un diagnostic d'épisode dépressif, revêtant par essence un caractère passager, mentionné à une seule reprise, ne saurait manifestement être élevé au rang de trouble psychique indépendant qui imposerait des investigations spécifiques. Qui plus est, ainsi que l'indiquait le Dr N. _____ aux termes de son rapport du 30 septembre 2012, il apparaît que l'épisode dépressif en question s'avérait réactionnel à la situation professionnelle et sociale difficile vécue par l'assuré des suites de la perte de son emploi à fin août 2012.

Aucun indice objectif ne permet à ce stade de douter de l'amendement de cette problématique ou de son caractère essentiellement secondaire, tandis que le recourant a expressément renoncé à produire un avis médical spécialisé à cet égard à l'issue de son écriture du 10 mars 2014.

7.3 En conséquence, faute de pathologie psychiatrique avérée et vu ce qui sera exposé par la suite au considérant 8.3 infra, il y a lieu de considérer que le présent litige est en l'état d'être tranché sans mesure d'instruction complémentaire, sur la base notamment des conclusions communiquées sur le plan somatique par le Dr C. _____ dans son rapport d'expertise du 5 mars 2013.

8. Reste désormais à se prononcer sur le lien de causalité éventuel entre la symptomatologie présentée par le recourant au-delà du 1^{er} avril 2012 et l'accident du 24 février 2012.

8.1 Du point de vue organique, il y a lieu de se référer aux conclusions du Dr C. _____, lequel a considéré que le statu quo sine vel ante avait été atteint au plus tard le 1^{er} avril 2012, les séquelles somatiques de l'accident du 24 février 2012 devant être considérées

comme amendées, ce qui exclut à l'évidence tout lien de causalité naturelle ou adéquate dès cette date.

Un tel résultat concorde d'ailleurs avec les certificats médicaux versés au dossier de l'intimée, étant rappelé que les médecins consultés par l'assuré l'ont qualifié de totalement apte au travail au plus tard le 25 mars 2012, indépendamment de l'incapacité de travail de courte durée prononcée ultérieurement par le Dr N. _____ du 10 septembre 2012 au 30 novembre 2012.

8.2 Eu égard au registre psychique, l'on réitérera le peu d'éléments permettant de prendre en compte une véritable pathologie in casu.

Au demeurant, ainsi qu'il a été souligné sous considérant 7.2 supra, il semble que l'on ait affaire à une problématique dépressive à caractère passager dont l'origine devrait être attribuée, aux dires du médecin traitant, à un contexte socio-professionnel défavorable, sans qu'un lien direct avec l'accident du 24 février 2012 n'ait été sérieusement évoqué. Le recourant lui-même ne se prévaut du reste pas d'un tel lien.

Dès lors, on peut s'interroger sur l'indépendance effective d'éventuels troubles psychiques par rapport à la symptomatologie douloureuse, ce qui justifierait l'application de la jurisprudence corrélative, citée supra sous considérants 4.2 et 4.3.

De même, il convient de douter de l'applicabilité de la jurisprudence rendue en matière d'atteintes à la santé consécutives à un traumatisme crânio-cérébral ou analogue (cf. plus haut considérant 5), étant rappelé l'absence d'un tel diagnostic en l'espèce.

Ces questions peuvent toutefois demeurer indécises, dans la mesure où quel que soit l'angle d'examen, il ne fait pas de doute qu'un lien de causalité adéquate entre les symptômes présentés par le recourant

et l'accident incriminé doit être de toute manière exclu, compte tenu des considérations infra (cf. considérant 8.3).

8.3 Procédant à la qualification préalable du degré de gravité de l'accident, l'on peut convenir, à l'instar de l'intimée, que l'accident du 24 février 2012 est objectivement de gravité moyenne, puisque l'assuré a subi un choc frontal suivi de plusieurs embardées en conduisant son véhicule privé à une vitesse d'environ 100km/h sur une autoroute. Ce constat n'est pas remis en question par le recourant.

Or, l'examen des différents critères dégagés par le Tribunal fédéral en matière de troubles psychiques et/ou de symptomatologie dénuée de substrat organique consécutive à un traumatisme crânio-cérébral conduirait incontestablement à nier leur réalisation.

En effet, les lésions subies par l'assuré - somme toute relativement bénignes - n'ont pas revêtu une nature particulière, sans que les traitements corrélatifs aient été astreignants. Les incapacités de travail prononcées (y compris du fait de l'épisode dépressif postérieur au licenciement) ont été de courte durée, soit n'excédant pas quelques semaines. Il faut en outre réitérer que l'assuré a pu quitter l'hôpital le jour même de l'accident, tandis qu'un simple traitement antalgique lui a été prescrit. L'assuré ne peut davantage se prévaloir d'erreurs médicales dans les traitements qui lui ont été dispensés ou de complications ultérieures avérées. Enfin, les circonstances concomitantes à l'accident n'ont pas été particulièrement dramatiques, l'amie de l'assuré n'ayant pas été blessée sévèrement, alors que sa prise en charge hospitalière, tout comme celle de l'assuré, n'a duré que quelques heures.

Aussi, force est de constater qu'aucun des critères jurisprudentiels déterminants n'est rempli en l'occurrence, ainsi que l'a constaté l'intimée dans la décision sur opposition litigieuse et dans son mémoire de réponse du 25 novembre 2013.

En conséquence, il s'agit manifestement de nier tout lien de causalité adéquate entre la symptomatologie douloureuse et/ou les troubles psychologiques développés par l'assuré et l'accident du 24 février 2012.

9. Vu l'exposé qui précède, l'intimée était fondée à considérer que le statu quo sine vel ante a été atteint au plus tard le 1^{er} avril 2012 et, partant, à refuser de prendre en charge les conséquences financières des troubles présentés par le recourant au-delà de cette date.

Le recours, en tous points mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

9.1 La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice
(cf. art. 61 let. a LPGA).

9.2 Quoique l'intimée obtienne gain de cause, elle ne saurait prétendre des dépens de la part du recourant. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (cf. ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas réalisé en l'espèce.

En outre, la Bâloise Assurances SA, en sa qualité d'assureur social, dispose d'un service juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (cf. ATF 134 V 340).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition, rendue le 30 septembre 2013 par la Bâloise Assurances SA, est confirmée.

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

Le président :

La greffière :

Du

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

- K. _____, à [...],
- Me Christian Grosjean, à Genève (pour la Bâloise Assurances SA),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :