

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

Arrêt du 16 mars 2021

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs

Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Amandine Torrent, avocate  
à Lausanne,

et

**P.**\_\_\_\_\_ **SA**, à [...], intimée.

---

**Art. 4 LPGA et 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, travaillait comme employé à la stérilisation au sein de la Clinique D.\_\_\_\_\_ à plein temps. Il exerçait également une activité de veilleur de nuit pour le compte de la Fondation S.\_\_\_\_\_. A ce titre, il était assuré obligatoirement auprès du P.\_\_\_\_\_SA (ci-après : P.\_\_\_\_\_SA ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.

Par déclaration d'accident du 10 mars 2016, le second employeur de l'assuré a annoncé que celui-ci avait eu un accident de voiture le 18 février 2016. L'assuré, au volant de sa voiture, était arrêté au feu rouge lorsque, soudainement, un autre véhicule l'a percuté à l'arrière. Seul un constat à l'amiable a été établi à cette occasion.

Le lendemain de l'accident, l'assuré s'est rendu auprès du Centre médical W.\_\_\_\_\_ pour une consultation. Le diagnostic de « coup du lapin » a été posé. Une incapacité de travail à 100% a été attestée depuis le 19 février 2016.

Une IRM [imagerie par résonance magnétique] cervicale a été effectuée le 4 mars 2016 auprès de l'Institut Y.\_\_\_\_\_ à [...]. Celle-ci s'est révélée sans anomalie significative, en l'absence notamment de signe évocateur de fracture.

Il ressort d'une note d'entretien téléphonique du 24 mars 2016 entre P.\_\_\_\_\_SA et les ressources humaines de l'Fondation S.\_\_\_\_\_ que l'assuré avait été en arrêt maladie du 24 septembre au 4 octobre 2015 puis du 2 au 7 février 2016 et qu'il était revenu effectuer une veille le 11 février 2016. Rencontrant des « soucis » avec cet employé, celui-ci avait été licencié au 18 février 2016, date à laquelle son accident a eu lieu. Les rapports de travail ont finalement pris fin avec effet immédiat le 24 mars 2016.

Un questionnaire fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical a été adressé au Dr Z.\_\_\_\_\_ du Centre médical W.\_\_\_\_\_ qui l'a rempli le 4 avril 2016. Celui-ci a en particulier mentionné que le type d'accident consistait en une collision arrière, qu'il y avait eu un choc de la tête contre l'appuie-tête, que l'assuré ne s'attendait pas à la collision, que la tête était droite, en avant, le corps penché en avant, que l'assuré avait eu une réaction de peur et/ou de frayeur, qu'il n'avait pas pu poursuivre sa route au volant du véhicule accidenté et qu'il n'avait pas pu réaliser les activités prévues. Les symptômes survenus immédiatement après l'accident étaient les suivants : céphalées, douleurs de nuque, vertiges, nausées, vomissements et troubles du sommeil. En revanche, il n'y avait pas de troubles de la vue, ni de l'audition. La radiographie et l'IRM de la colonne cervicale se révélaient être normaux. Le diagnostic posé, selon la classification « Quebec Task Force (QTF) », était celui de douleurs de nuque et troubles ostéo-articulaires (y compris baisse de mobilité et douleurs ponctuelles à la pression), de degré II. Le traitement consistait en la prise d'AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens] topiques, d'AINS systémiques, d'opioïdes (Tramal) et de physiothérapie active. La capacité de travail était nulle du 18 février au 15 avril 2016, celle-ci devant être réévaluée à cette date.

Le 13 mai 2016, le Prof. I.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin auprès du Service de neurologie de l'Hôpital cantonal M.\_\_\_\_\_, a adressé au médecin traitant de l'assuré, le Dr Z.\_\_\_\_\_, un rapport médical dans lequel il retenait les diagnostics de traumatisme de décélération cervicale, grade II à la « Quebec Task Force » avec cervicalgie majeure et douleurs exquises au niveau C3 et de status post-distorsion du poignet droit en 2008 avec impotence fonctionnelle importante dans la période qui a suivi. Le rapport faisait en outre état de ce qui suit :

« **Anamnèse :**

Monsieur Q.\_\_\_\_\_, qui travaille comme stérilisateur à la Clinique D.\_\_\_\_\_, a été victime il y a 2 mois et demi d'un choc en voiture par l'arrière alors qu'il était à l'arrêt. Il a eu des douleurs immédiates, cervicales et dans les épaules avec quelques

paresthésies dans les mains. Des sensations vertigineuses sont également rapidement apparues inhabituelles, avec un vertige antihoraire, mais sans latéralisation dans la stabilité. Par la suite, les douleurs, sont devenues de plus en plus fortes avec une acmé au niveau C3-C4 et avec une incapacité majeure à bouger le cou. Il a des douleurs à 9/10 pratiquement toutes (sic) la journée, couché, debout et à (sic) une tête un peu comme un « bloc ». Il doit mettre une minerve en mousse et la douleur augmente après 1h s'il ne la met pas. Il ne l'enlève pas plus de 3h/j. Tout se raidit autour de ce point douloureux. A noter que l'IRM était dans les limites de la norme. Je n'ai pas de dysesthésie à la palpation. »

#### **Examen clinique :**

Patient orienté dans le temps et dans l'espace, très bloqué dans toutes les directions au niveau de la nuque.

*Nerfs crâniens* : champ visuel sp, oculomotricité harmonieuse sans nystagmus, pas de dysesthésie, pas d'hypoesthésie sur le territoire C2-C3 actuellement. Cependant, la moindre pression du muscle splénius capitis est extrêmement douloureuse.

*Nuque* : pas de rougeur ou chaleur sur la nuque, la mobilisation est de 2cm à droite, à gauche, en haut et en bas. La tête reste tel un bloc, même quand il regarde autour de lui. Myogélose paracervicales difficile à apprécier, car même l'effleurement de la nuque est douloureuse. Pas de souffle.

*Voies longues* : on note une force en rapport avec la douleur, c'est-à-dire que tous les gestes sont précautionneux, les réflexes préservés et la sensibilité au tact et à la vibration sont sp.

#### **Conclusion :**

Le tableau est donc extrêmement important et invalidant actuellement. Je suis étonné par l'impotence fonctionnelle au niveau de la nuque, qui est rarement à un tel niveau. Un élément à rechercher est un traumatisme discal C2-C3, bien que l'absence d'hyper-intensité à l'IRM rende ce diagnostic peu probable. »

Selon un rapport de visite d'un inspecteur de sinistres de P.\_\_\_\_\_SA du 3 juin 2016, l'assuré se plaignait de vertiges en permanence, de céphalées lancinantes, de troubles de la vision, de troubles importants du sommeil ainsi que d'un état d'épuisement tant physique que moral. Il dormait en moyenne 3 heures par nuit, entrecoupées, portait une minerve 24h sur 24 et n'était pas en mesure de pivoter la tête, ni de se mettre au lit, si bien qu'il dormait dans un fauteuil électrique en position assise avec la nuque maintenue. L'assuré n'était pas non plus apte à faire sa toilette seul, ni à se déplacer pour les divers rendez-vous médicaux, de sorte qu'il recevait l'aide d'un cousin. L'assuré a déclaré ne souffrir d'aucun antécédent au niveau de la nuque, du dos et

des épaules. Il ne constatait aucune évolution de son état depuis l'évènement survenu le 18 février 2016.

Dans un courrier du 4 juillet 2016, N.\_\_\_\_\_, garagiste qui s'est occupé de la voiture accidentée de l'assuré a indiqué ce qui suit :

« Suite à l'accident du 18 février 2016 dont vous avez été le lésé, j'atteste qu'au vu des dégâts importants constatés sur le pare-chocs et du hayon de votre voiture qui était enfoncé, la personne qui conduisait le véhicule Ford Fiesta et qui vous a percuté roulait à plus de 10 km/h.

De plus, au vu des traces de freinages (sic) que l'on peut distinguer sur les photos que vous m'avez transmises, il est évident que le véhicule Ford Fiesta roulait à plus de 10 km/h lorsqu'il vous a percuté. »

Le 16 août 2016, le Prof. I.\_\_\_\_\_ a adressé au Dr Z.\_\_\_\_\_ un rapport médical dans lequel il indiquait ce qui suit :

« **Diagnostic(s) :**

- Traumatisme de décélération cervicale, grade II à la « Quebec Task Force » avec cervicalgie majeure et douleurs exquises au niveau C3.
- Status post-distorsion du poignet droit en 2008 avec impotence séquellaire régressive.
- Discrète hypoacousie à D depuis quelques semaines.

**Anamnèse intermédiaire :**

J'avais vu Monsieur Q.\_\_\_\_\_ le 10 mai 2016 pour des cervicalgies qui persistaient 2 ½ mois après un choc de voiture par l'arrière. Il devait à ce moment-là mettre une minerve en mousse toute la journée et ne pouvait pas l'enlever plus de 3h/j. Depuis la dernière fois, le patient a arrêté la physiothérapie qui l'avait peu amélioré. La symptomatologie n'a pas changé, mais la seule différence maintenant est qu'il peut rester maintenant (sic) un peu plus longtemps sans mettre la minerve (env. 5h/j). Cependant, la mobilité et les douleurs sont inchangées. Par ailleurs, il a toujours des céphalées occipitales et frontales presque continues (sic), non latéralisées, sans nausées et doit dormir semi-assis.

**Traitement actuel :**

Valium 5mn le soir, Tilur 1cpr/j, Tramal 100 mgr 2x/j, Saroten 25 mg le soir, Oméprazole 20 mg, Rheumon Forte Spray 1x/j.

**Examen clinique :**

Patient expliquant bien sa situation, sans trouble cognitif net.

*Nerfs crâniens* : hypoacousie D [droite] au niveau de la transmission aérienne. Possible légère couche de cérumen profonde.

*Nuque* : mobilité avec une rotation de 1 à 2 cm latéralement. Douleurs lors du tact fin au niveau de la nuque. Pas de grosses contractures actuellement, plutôt un empâtement probablement liée (sic) à la douleur. Flexion de la nuque de 2 cm et extension de 3 cm.

*Voies longues* : situation inchangée par rapport à la dernière fois.

**Attitude :**

Le tableau ne montre qu'une très très légère amélioration. L'impotence est encore complète. »

Dans un rapport du 19 août 2016 adressé à P. \_\_\_\_\_ SA, le Prof. I. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il y avait peu d'évolution depuis la dernière consultation du mois de mai 2016, précisant qu'il n'y avait pas de lésion neurologique significative, mais un problème d'algie majeure avec impotence fonctionnelle.

Dans un courrier du 20 septembre 2016, le Prof. I. \_\_\_\_\_ a mentionné qu'il n'avait pas interdit au recourant la conduite automobile, ni d'enlever sa minerve, précisant qu'il était important d'avoir une vie la plus proche possible de la normale, que des sorties et promenades n'étaient pas interdites, que le port de la minerve dépendait des douleurs et que son utilisation était à diminuer progressivement.

Le 10 novembre 2016, les Drs F. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et chef de clinique au sein du département des services de chirurgie et d'anesthésiologie (Centre d'antalgie) du Centre hospitalier T. \_\_\_\_\_ (Centre hospitalier T. \_\_\_\_\_), ont adressé au Dr Z. \_\_\_\_\_ un rapport médical dont on extrait ce qui suit :

« **Motif de recours**

Cervicalgies

**Diagnostics et problèmes**

Cervicalgies chroniques après un traumatisme de type « whiplash »  
[...]

**Status**

Mobilité cervicale extrêmement diminuée avec flexion et extension de 10° à peine. Rotation de 20° au maximum. Inclinaison impossible. Allodynie au toucher cervical de la zone C1-C7 avec contracture paravertébrale principalement cervicale basse (C5-C7). Douleurs électives à la palpation médiane sur les apophyses épineuses de la

région C2-C3. Hypoesthésie au froid de la région C1-C7 sans hyperalgésie au piquer. ROT hypovifs bicipitaux et tricipitaux, mais symétriques. Signe de Hoffman négatif. Pas de déficit sensitivo-moteur des membres supérieurs. Reste du status ostéoarticulaire et neurologique dorso-lombaire : dans les normes.

[...]

**Conclusions, traitement et évolution :**

Patient de 45 ans, qui présente des cervicalgies chroniques de type « whiplash » après un accident de voiture il y a plus de 6 mois.

Devant un tableau clinique d'allodynie importante, associée à une contracture cervicale, nous instaurons un traitement topique de patchs de Neurodol en alternance avec un traitement de TENS [simulateur électrique transcutané].

En attendant les images de l'IRM effectuée au mois de mars, nous proposons au patient de continuer la physiothérapie active qui lui est bénéfique et nous gardons le traitement médicamenteux actuel.

Nous le reverrons dans un mois et suivant les images radiologiques, nous pourrons lui proposer des infiltrations cervicales facettaires hautes. »

Dans un rapport du 18 novembre 2016, le Prof. I. \_\_\_\_\_ a mentionné ce qui suit :

**« Anamnèse intermédiaire :**

Monsieur Q. \_\_\_\_\_ continue la physiothérapie avec des légères mobilisations et des massages. Il a l'impression de pouvoir un peu mieux bouger. Il garde cependant la minerve régulièrement chaque jour, qu'il enlève plusieurs heures par jour pour la marche. Il reste gêné par un acouphène et une hypoacousie à droite, subjective, et a des difficultés d'équilibre non latéralisées. A signaler également l'impression de voir double, rétrospectivement depuis ce printemps. Au début, les problèmes de concentration empêchaient de bien voir cet aspect-là.

**Examen clinique :**

On note toujours une mobilité diminuée avec la possibilité de tourner quand même la tête à gauche de 20°, à droite de 15°, précautionneusement.

La diminution de la flexion et de l'extension lui font perdre l'équilibre. Il y a toujours une allodynie au toucher cervical et des contractures para-vertébrales bilatérales modérées. L'hypoesthésie est connue dans la région cervicale basse.

Par ailleurs, hypoacousie droite avec Waeber latéralisé à gauche, déséquilibre non latéralisé au Romberg, avec également une forte inquiétude. Au niveau visuel, il y a une légère diplopie verticale, aussi bien dans le regard vers le haut que dans le regard vers le bas, qui persiste lors de la fermeture des yeux.»

Par décision du 10 janvier 2017, P.\_\_\_\_\_SA, estimant que l'assuré ne souffrait d'aucune limitation physique au vu des investigations effectuées (surveillance par des détectives privés), a refusé d'intervenir pour l'intégralité du cas.

En effet, dans l'intervalle, P.\_\_\_\_\_SA, via l'Unité spéciale d'enquête, a entrepris des surveillances ponctuelles de l'assuré les 23 et 29 juin 2016, dès lors que les constatations faites par le Prof. I.\_\_\_\_\_ le 13 mai 2016 (« impotence fonctionnelle de la nuque qui est rarement à un tel niveau ») ainsi que les déclarations de l'assuré à l'inspecteur de sinistres du 31 mai 2016 (port de la minerve 24 heures sur 24, incapacité à tourner la tête) n'étaient pas cohérentes avec les publications de l'assuré sur son compte public Facebook (deux photographies sans minerve en tête d'une procession et dans un restaurant postées le 5 avril 2016 et une photographie sans minerve et la tête légèrement relevée postée le 17 avril 2016). Durant la surveillance du 29 juin 2016, il a pu être observé que l'assuré empruntait un itinéraire indirect pour se rendre à pied chez le médecin depuis son domicile et qu'il a enlevé sa minerve et l'a placée dans un sac avant de se retourner soudainement pour regarder en arrière et poursuivre ensuite son chemin (sans minerve). Un mandat de surveillance a par ailleurs été confié à des détectives privés dans le but d'observer le quotidien de l'assuré, de constater d'éventuelles limitations physiques visibles ou apparentes, principalement au niveau de la nuque, de déterminer sa capacité à conduire un véhicule et sa manière de se mouvoir, d'observer l'utilisation d'éventuels moyens auxiliaires tels que minerve ou autres supports. La surveillance a été effectuée sur cinq jours, entre les 16 et 25 août 2016. Il ressort du rapport rédigé le 26 août 2016 que l'assuré a été vu en train de conduire son véhicule chaque jour observé et sur des distances variables. Il a également été observé que l'assuré avait porté une minerve durant quatre épisodes particuliers (Hôpital cantonal M.\_\_\_\_\_, rue d'[...] à [...] et, à deux reprises, chez l'orthopédiste à [...]), tout en l'ayant mise juste avant de se rendre aux différents endroits précités et enlevée juste après ces rendez-vous. Hormis ces épisodes, l'assuré n'avait jamais été observé en train de porter une minerve ou tout autre accessoire de soutien et n'avait pas montré une

quelconque limitation physique visible ou apparente concernant son port de tête ou la manière de se mouvoir latéralement ou verticalement lors de toute sorte d'activités et mouvements de la vie courante (notamment conduire, monter et descendre d'un véhicule, marcher dans la rue, visiter un centre commercial, s'asseoir à une table d'établissement public, téléphoner ou manger une glace).

L'intéressé a été auditionné le 13 septembre 2016 en lien avec les faits constatés lors de la surveillance. Il a notamment répondu ce qui suit à la question de savoir quel avait été son emploi du temps le 16 août 2016, jour de la consultation auprès du professeur I. \_\_\_\_\_ à [...], et les journées suivantes :

« J'ai passé les journées comme les autres, c'est-à-dire comme je vous l'expliquais tout à l'heure dans votre précédent rapport, que je restais à mon domicile ou que j'effectuais de petites promenades et sorties. Pour répondre à votre question, je ne me souviens pas en quels lieux je me suis promené. De mémoire, je me suis plutôt promené dans les parages c'est-à-dire dans la ville de [...] à pied, parfois accompagné. Je n'ai pas d'autres détails en mémoire. Le jour de la consultation, le 16 août 2016, je n'ai pas de détails en mémoire par rapport aux activités ayant précédé ou suivi cette consultation. Je vous confirme que c'est mon amie, [...], qui est venue me chercher et qui m'a accompagné à [...]. Vous me posez formellement la question de savoir qui a conduit le véhicule le jour en question et je vous confirme qu'il s'agit de [...]. »

Par courrier du 30 janvier 2017, l'assuré a fait opposition à la décision du 10 janvier 2017, en se fondant notamment sur la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), selon laquelle la surveillance d'un assuré par des détectives privés était contraire au droit au respect de la vie privée.

Le 20 février 2017, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) et médecin-chef du Service ORL et chirurgie cervico-faciale - otoneurologie du Centre hospitalier T. \_\_\_\_\_ a conclu son rapport en ces termes :

« DISCUSSION - CONCLUSION :

Sous réserve de quelques tests vestibulaires non réalisables, l'examen otoneurologique est normal. Notamment, pas de signe

pour un VPPB [vertige paroxystique positionnel bénin] sur canalolithiase. Le patient présente donc des vertiges post traumatiques persistants après une distorsion cervicale. Sur le plan auditif, presbyacousie légère symétrique associée à un acouphène chronique partiellement compensé. »

Une IRM cervicale, effectuée le 24 février 2017 à l'Institut de radiologie et d'imagerie cervicale Institut Y. \_\_\_\_\_, a mis en évidence un très léger trouble statique sagittal fonctionnel, centré sur C5-C6, avec un léger bombement discal postérieur sans véritable protrusion ni hernie. Selon le radiologue, une entorse était possible à ce niveau ; en revanche, aucune lésion traumatique osseuse n'était visible.

Dans un rapport « correctif et comparatif du 14 mars 2017 », il était précisé ce qui suit sous la rubrique « Description » :

« Comparatif du 04/03/2016 à disposition.  
Par rapport au comparatif pas d'évolution significative.  
Pas d'anomalie discale. Pas d'uncarthrose. Pas de réaction inflammatoire.  
Le cordon médullaire est sans anomalie.  
La fosse postérieure est sans anomalie.  
Les structures osseuses sont sans anomalie. »

Dans un rapport du 7 mars 2017 adressé à P. \_\_\_\_\_ SA, le Prof. I. \_\_\_\_\_ a fait mention d'une réactivation récente des douleurs chez le patient à la suite d'une manipulation cervicale effectuée le 3 février 2017 lors d'une consultation à la Policlinique H. \_\_\_\_\_ (Policlinique H. \_\_\_\_\_) et a requis une prise en charge jusqu'à la réévaluation prévue 6 mois plus tard.

Le médecin précité a établi un second rapport, daté du même jour, dans lequel il concluait à une réactivation des douleurs à la suite d'une manipulation en dehors de l'amplitude, précisant que la situation pouvait aller mieux pour autant que la thérapie fût reprise à la suite de cet évènement, que le traitement de physiothérapie deux fois par semaine et de Saroten fût poursuivi et que le patient continuât à employer le coussin orthopédique.

Par décision du 6 avril 2017, annulant et remplaçant celle du 10 janvier 2017, P.\_\_\_\_\_SA a mis fin à la prise en charge du cas au 4 mars 2016, date à laquelle l'IRM cervicale effectuée n'avait pas mis en évidence de lésions traumatiques qui auraient pu être en lien de causalité avec l'évènement survenu le 18 février 2016. L'assureur-accidents a par ailleurs considéré, en se fondant d'une part sur une étude, réalisée le 20 mai 2016 par la [...] Assurances, qui indiquait que le véhicule de l'assuré avait vu sa vitesse augmenter de manière hautement vraisemblable d'une valeur comprise entre 3.5 et 9.0 km/h (delta-v), et d'autre part sur une étude de l'AGU [groupe de travail pour la mécanique des accidents] Zurich du 11 mai 2011, que l'assuré n'avait pas subi de lésions objectives compte tenu d'une valeur delta inférieure à 10 km/h et que celui-ci avait exagéré ses plaintes de manière significative.

Par écriture du 2 mai 2017, l'assuré a fait opposition à la décision précitée, faisant en substance valoir que l'étude réalisée par l'[...], sur laquelle se fondait P.\_\_\_\_\_SA, était purement théorique et ne tenait pas compte de la position réelle de l'assuré au moment de l'impact. Il a également estimé qu'il y avait lieu de tenir compte des rapports médicaux figurant au dossier plutôt que sur un calcul mathématique et sur une étude théorique. A cet égard, l'assuré a produit un rapport médical du 21 mars 2017 du Prof. I.\_\_\_\_\_, dont la teneur est notamment la suivante:

« J'aimerais (sic) signaler [...] les aspects suivants :

- l'IRM est relativement stable par rapport à l'année passée, ne montre pas d'atteinte supplémentaire. Il y a toujours une rectitude et des bombements discaux relativement banaux sans atteinte médullaire.
- le tableau s'installe dans une sorte de trouble plus de type « somatoforme » ou (sic) la douleur prend le dessus sur la problématique ostéo-articulaire et myotendineuse.
- ce tableau, si vous souhaitez une amélioration, nécessite tout de même une bonne collaboration entre les différents médecins. Il faut également une reprise de certaines activités et l'approche du Centre hospitalier T.\_\_\_\_\_ était pour cela cohérente, indépendamment du contact que vous avez eu avec le collègue.

- pour avoir une bonne collaboration entre médecins, il est important que nous puissions nous parler. Je vous demande donc de supprimer cette clause de ne pas pouvoir discuter avec les autres médecins. Le contact avec le médecin traitant, l'antalgie et la Polyclinique H. \_\_\_\_\_ me semble important dans ce contexte.
- une nouvelle plutôt bonne : l'examen otoneurologique est normal. »

L'assuré a également produit un courrier qu'il a adressé au Dr J. \_\_\_\_\_ de la Polyclinique H. \_\_\_\_\_, dans lequel il se plaignait de la consultation du 3 février 2017, lors de laquelle le médecin précité aurait effectué un geste malencontreux avec la tête de l'assuré, en tournant celle-ci brusquement à droite, puis à gauche.

Dans un rapport d'expertise du 2 septembre 2017, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de P. \_\_\_\_\_ SA, a fait part des constatations suivantes :

#### « APPRECIATION DU CAS

Le 18 février 2016, Mr Q. \_\_\_\_\_ fut victime d'un accident de la voie publique, conducteur, choc à l'arrière par un tiers véhicule. Cette action vulnérante fut peut-être responsable d'un mécanisme type coup du lapin. Le degré lésionnel II du QTF a été retenu.

Le bilan radiologique (radiographies/IRM) n'a pas montré de lésion anatomique susceptible d'émaner de l'événement qui nous occupe. Les radiographies faites 24h après le choc, ont exclu une fracture cervicale, voire la présence d'un hématome régional. L'IRM effectuée 2 semaines plus tard n'a montré aucun stigmatte d'une lésion structurelle récente (ou sub-aiguë), ceci en l'absence d'un œdème osseux, d'un œdème ou d'un hématome (ou séquelle d'hématome) des tissus mous, voire en l'absence d'éléments en faveur d'une lésion ligamentaire (et, à l'extrême limite, d'une rupture discale).

Une éventuelle lésion neurologique fut aussi écartée par le Prof I. \_\_\_\_\_ (chef du service de Neurologie à l'Hôpital cantonal M. \_\_\_\_\_).

Dans ces conditions, la supputée entorse cervicale, type coup du lapin, fut de relative faible envergure. Cette appréciation vient corroborer l'étude du delta-v, la vitesse de collision ayant été faible, inférieure à 20 km/h (limite au-delà de laquelle on peut mettre en évidence des lésions structurelles aiguës sur l'imagerie spécialisée).

Une entorse cervicale bénigne cesse généralement de déployer ses effets après quelques jours, au maximum après 3-6 semaines. La

particularité des mécanismes type Whiplash (accélération/décélération) nous incite à repousser ce délai à 3 mois (délai d'atteinte du status (sic) quo ante/sine).

En cas de troubles dégénératifs sous-jacents, modérés à sévères, susceptibles de ralentir la récupération fonctionnelle (en raison d'une fragilité tissulaire accrue), ce délai peut être encore repoussé, au maximum sur une durée de 3 mois supplémentaires.

Chez Mr Q.\_\_\_\_\_, le bilan radiologique extensif a tout au plus fait suspecté (sic) une discopathie toute débutante C5-6, banale à cet âge.

En d'autres termes, pour la seule entorse cervicale supputée, consécutive à l'évènement du 18 février 2016, sans élément probant caractérisant une lésion structurelle aiguë significative, le délai d'atteinte du status (sic) quo ante/sine ne pouvait dépasser un maximum de 3 mois.

Au-delà de ce délai, une autre raison doit être recherchée pour rendre compte des plaintes alléguées, et qui se sont chronifiées. En ce qui concerne la mauvaise manipulation évoquée, qui serait survenue en mars 2017, nous n'avons aucun examen probant démontrant la survenue d'une nouvelle lésion anatomique, susceptible d'être prise en charge dans le cadre de la LAA. »

Par décision sur opposition du 31 janvier 2018P.\_\_\_\_SAa partiellement admis l'opposition formée par l'assuré le 2 mai 2017, en ce sens qu'elle a accepté de prendre en charge le cas pendant une durée de trois mois, en se fondant sur le rapport du Dr R.\_\_\_\_. L'assureur-accidents a en substance fait valoir que l'avis, quant à la détermination de la valeur du Delta, d'éminents spécialistes en biomécanique des accidents de la circulation et en sciences techniques devait l'emporter sur l'avis du carrossier qui avait réparé le véhicule accidenté de l'assuré et qui soutenait que le véhicule tiers roulait à plus de 10 km/h. P.\_\_\_\_SA a également considéré, compte tenu du dossier médical, que la preuve de l'existence de lésions cervicales post-traumatiques n'avait pas été rapportée au degré de la vraisemblance prépondérante par l'assuré.

**B.** Par acte du 2 mars 2018, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO), en concluant principalement à la réforme de la décision sur opposition du 31 janvier 2018, en ce sens que P.\_\_\_\_SA doit prendre en charge les suites de l'accident de la circulation du 18 février 2016 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision précitée, le dossier étant renvoyé à l'assureur-

accidents pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant fait en substance valoir que l'avis du Prof. I.\_\_\_\_\_ doit être préféré à celui du Dr R.\_\_\_\_\_ compte tenu notamment de la spécialisation de ces deux médecins (neurologue pour le Prof. I.\_\_\_\_\_ et chirurgie orthopédique pour le Dr R.\_\_\_\_\_). Il estime également que le rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ contient des lacunes, telles que l'absence de diagnostics, l'absence d'anamnèse et l'omission de certains rapports médicaux. L'appréciation du Dr R.\_\_\_\_\_ serait également contradictoire dès lors que ce médecin reconnaît l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les atteintes à la santé du recourant et l'accident, et, partant, l'obligation pour l'assureur-accidents de prester, tout en limitant cette obligation à trois mois sans étayer son appréciation.

Par réponse du 17 avril 2018, l'intimée maintient sa position, en soulignant le fait que la preuve de l'existence de lésions cervicales post-traumatiques n'a pas été rapportée, seule une discopathie débutante C5-6, compatible avec l'âge du recourant ayant été suspectée. Elle procède à l'examen des critères jurisprudentiels applicables en cas d'accident de gravité moyenne, à la limite des accidents légers, et constate que seul un critère est rempli (intensité des douleurs), ce qui ne suffit pas à retenir l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles qui perdurent chez le recourant. L'intimée fait également mention de la surveillance mise en œuvre à l'égard du recourant, démontrant que celui-ci ne souffre d'aucune limitation fonctionnelle et que l'intensité des douleurs n'est pas aussi importante qu'il n'y paraît, en rappelant que le Tribunal fédéral permet l'usage de ce moyen lorsque l'intérêt à empêcher une fraude à l'assurance l'emporte sur l'atteinte aux droits fondamentaux de la personne assurée. L'intimée se réfère encore à des photographies postées sur Facebook pour dénier le lien de causalité adéquate entre l'accident et les douleurs ressenties par le recourant.

Par mémoire complémentaire du 2 juillet 2018, le recourant confirme ses conclusions et requiert des mesures d'instruction (audition de témoins et mise en œuvre d'une expertise). Il estime que le calcul du

delta-v n'est pas probant, dès lors que plusieurs paramètres n'auraient pas été pris en compte. Il reproche à l'intimée de ne pas avoir tenu compte de l'incident de manipulation du 3 février 2017 et de se référer à un moyen de preuve (surveillance) illicite, car contraire à l'art. 8 CEDH, qui devrait, selon lui, être écarté. De même, il considère que l'intimée ne peut rien tirer des photographies publiées sur un compte Facebook. Enfin, il rappelle que la notion, les conséquences et le traitement des « coups du lapin » donnent lieu à de grands débats au sein de la profession médicale, relayés par la doctrine juridique, dont le Dr R.\_\_\_\_\_ ne fait nullement état dans son rapport du 2 septembre 2017, ce qui aurait pour conséquence que l'on ne pourrait s'en tenir à un avis isolé et non documenté.

Par déterminations du 6 août 2018, l'intimée répond en détail aux griefs soulevés par le recourant, tout en maintenant ses conclusions.

Par courrier du 11 mars 2019, l'intimée a produit le projet de décision de refus d'octroi de prestations de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) du 14 février 2019 adressé au recourant.

**C.** Sur demande de la juge instructrice, l'OAI a produit le dossier complet du recourant, le 21 mai 2019, dont il ressort notamment ce qui suit :

Le 5 février 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI), invoquant des problèmes de cervicales, des vertiges et une incapacité à soulever des charges.

Dans un avis du Service médical régional de l'AI du 13 février 2019, il est mentionné que le type d'atteinte dont souffrait l'assuré, soit une lésion cervicale en accidentelle (« coup-du-lapin ») devait habituellement évoluer favorablement et ne pouvait être considéré comme durablement incapacitant, étant précisé que le status

neurologique était normal et qu'il n'y avait pas d'autres diagnostics pouvant expliquer les plaintes subjectives de l'assuré.

Par projet du 14 février 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, au motif qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Le 15 mars 2019, l'assuré a produit un rapport du 19 novembre 2018 du Dr [...], spécialiste en neurologie, dans lequel celui-ci a mentionné que le patient avait pu, avec une réduction progressive surtout de la médication lourde (Tramal) et des séances de physiothérapie vestibulaire, améliorer ses vertiges « dont l'origine était probablement multifactorielle ». Il a également fait mention de la chute sur le genou gauche survenue le 19 octobre 2018, occasionnant une fracture du poignet droit, ainsi qu'une plaie fronto-pariétale gauche.

Le 13 mars 2019, l'assuré s'est opposé au projet de décision de l'OAI, en invoquant notamment son état de santé qui ne lui permettait pas de reprendre son activité habituelle à 100%, décrivant une chronification des symptômes dont il se plaignait et mentionnant l'accident survenu en octobre 2018.

A la suite de son opposition, l'assuré a produit plusieurs rapports médicaux, soit :

- un rapport du 3 avril 2019 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, rappelant que l'examen vestibulaire clinique après l'accident du 18 février 2016 était normal sans évidence d'une pathologie vestibulaire organique et précisant que le patient avait fait une nouvelle chute le 19 octobre 2018 lors de laquelle il s'était blessé le genou gauche, fracturé le poignet droit et avait subi un choc crânien pariétal gauche sans perte de connaissance ; les troubles de l'équilibre et les vertiges ne s'étaient pas

aggravés après ce dernier accident, le patient rapportant toujours la persistance de vertiges brefs mal systématisés, non positionnels, de fréquence variable, à caractère rotatoire et non rotatoire ; le Dr P. \_\_\_\_\_ précisait encore que l'examen vestibulaire clinique était normal et sans changement par rapport au bilan effectué en 2017 mais qu'en revanche, le bilan instrumental mettait en évidence une dysfonction otolithique gauche, probablement séquellaire du récent traumatisme crânien pariétal gauche, voire séquellaire du premier accident il y a 3 ans et permettait certainement d'expliquer en partie les symptômes vestibulaires chroniques présentés par le patient, étant précisé qu'une composante fonctionnelle aggravait les troubles de l'équilibre ;

- un rapport du 14 mars 2019 du Dr [...], spécialiste en oto-rhino-laryngologie, dans lequel ce médecin a conclu que son patient présentait les signes d'un déficit vestibulaire périphérique à gauche, pouvant découler d'une neuronite vestibulaire, peut-être conséquence d'une commotion labyrinthique, et d'une surdité de perception à droite, probablement séquellaire d'une surdité brusque ;
- un rapport du 20 octobre 2018 de l'Hôpital de [...], indiquant que le patient avait consulté le service des Urgences le 20 octobre 2018 et faisant état d'un status clinique et bilan d'imagerie rassurants pour ce qui était du traumatisme crânien ;
- un rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ du 12 mai 2017, dans lequel ce médecin a considéré que le patient avait souffert de douleurs post traumatiques jusqu'au 17 février 2017 et qu'au jour du rapport, il s'agissait plutôt d'un contexte de type maladie, avec des phénomènes somatoformes surajoutés.

Invitée, par la juge instructrice, à se déterminer à la suite de la production du dossier de l'OAI, l'intimée a précisé, par courrier du 9 juillet 2019, n'avoir pas de remarque à formuler.

Le recourant s'est déterminé le 12 juillet 2019, arguant que l'instruction du dossier de l'OAI n'était pas terminée, si bien que l'intimée ne pouvait rien tirer du projet de décision de refus du 14 février 2019 et que les éléments médicaux figurant dans le dossier de l'OAI étayaient l'atteinte à la santé qu'il décrivait (vertiges et acouphènes), faisant référence en particulier au rapport du 20 octobre 2018 de l'Ensemble hospitalier de [...], au rapport du 14 mars 2019 du Dr [...], spécialiste en oto-rhino-laryngologie, ainsi qu'au rapport du 3 avril 2019 du Dr P. \_\_\_\_\_, également spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

Sur demande de la juge instructrice, l'OAI a produit, le 28 novembre 2019, le dossier actualisé du recourant.

Les parties ne se sont pas déterminées plus avant.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.**           **a)** Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

**b)** Le litige porte en l'occurrence sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 31 janvier 2018, à limiter la prise en charge du cas de l'assuré à trois mois depuis l'accident survenu le 18 février 2016.

**c)** On précisera que les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

**3.**           Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**4. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**b)** D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**5.** En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré a été victime d'un accident de la circulation en date du 18 février 2016, lequel a

occasionné un « coup du lapin » dont les conséquences ont été prises en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier a toutefois limité la prise en charge à trois mois depuis l'accident en se fondant essentiellement sur le rapport d'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ du 2 septembre 2017. Le recourant soutient à cet égard que les conclusions de ce médecin ne sauraient être préférées à celles du Prof. I. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 2 septembre 2017, le Dr R. \_\_\_\_\_ relève en particulier qu'une éventuelle lésion neurologique a été écartée par le Prof. I. \_\_\_\_\_. Ainsi, ce médecin tient compte de l'avis du Dr I. \_\_\_\_\_, neurologue. Il mentionne par ailleurs que le bilan radiologique (radiographies/IRM) n'a pas montré de lésion anatomique et que les radiographies faites 24 heures après le choc, ont exclu une fracture cervicale, voire la présence d'un hématome régional. Il retient en outre que l'IRM effectuée deux semaines plus tard n'a montré aucun stigmate d'une lésion structurelle récente (ou sub-aiguë), ceci en l'absence d'un œdème osseux, d'un œdème ou d'un hématome (ou séquelle d'hématome) des tissus mous, voire en l'absence d'éléments en faveur d'une lésion ligamentaire (et, à l'extrême limite, d'une rupture discale). Ainsi, le Dr R. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'entorse cervicale. Contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr R. \_\_\_\_\_ explique en détail pour quelles raisons il retient un délai de trois mois pour la prise en charge des conséquences de l'accident. Il considère en effet qu'une entorse cervicale bénigne cesse de déployer ses effets après six semaines au maximum et que la particularité des mécanismes de type « whiplash » fait que ce délai peut être repoussé à trois mois. En l'absence de troubles dégénératifs sous-jacents modérés à sévères, le délai d'atteinte du statu quo ante/sine ne pouvait dépasser trois mois et une autre raison devait être recherchée pour rendre compte des plaintes alléguées au-delà de ce délai. A cet égard, les rapports (antérieurs) du Prof. I. \_\_\_\_\_ ne suffisent pas à remettre en cause l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 21 mars 2017, le Prof. I. \_\_\_\_\_ mentionne en particulier que l'IRM est relativement stable par rapport à l'année précédente et qu'elle ne montre pas d'atteinte supplémentaire, évoquant toujours une rectitude et des bombements discaux relativement banaux sans atteinte médullaire. Il relève également que l'examen otoneurologique est normal. Si le prof. I. \_\_\_\_\_ évoquait une impotence fonctionnelle complète dans ses

rapports des 16 et 19 août 2016, il n'a pas repris cette conclusion dans ses rapports ultérieurs. On ne trouve en outre au dossier aucun élément médical permettant de remettre en cause les conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_. Le rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ contient certes une anamnèse très brève. Toutefois, cela ne suffit pas encore à lui ôter toute valeur probante, d'autant plus que le passé médical du recourant ne semble pas particulièrement complexe. Quoiqu'il en soit, l'assureur-accidents a pris en charge les conséquences de cette atteinte pour une durée de trois mois. Reste donc à déterminer si l'on peut considérer qu'il existe un lien de causalité adéquate entre les plaintes dont fait toujours état le recourant et le traumatisme de type « coup du lapin » engendré par l'accident qui obligerait l'assureur-accidents de prester au-delà des trois mois après cet accident.

**6.** Concernant en particulier la relation de causalité adéquate entre des plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable, et aucune atteinte psychique n'étant alléguée, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9). Il est nécessaire, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité.

**a)** Il faut donc d'abord classer 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, 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 (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-

accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Bd XIV, Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n° 121 ss, pp. 934 ss).

En l'occurrence, le recourant était à l'arrêt lorsque sa voiture a été emboutie par un véhicule. Selon une analyse effectuée le 20 mai 2016 par la [...] Assurances, le véhicule de l'assuré a vu sa vitesse augmenter de manière hautement vraisemblable d'une valeur comprise entre 3.5 et 9.0 km/h (delta-v). Cette analyse se fonde en particulier sur le constat à l'amiable d'accident automobile, croquis inclus, signé par les deux parties, sur la facture de réparation et photographies de la voiture du recourant, sur le rapport d'expertise du véhicule percuteur, photographies et devis de réparation inclus, ainsi que sur la copie du permis de circulation du véhicule percuteur. Elle fait état d'une vitesse relative de collision du véhicule percuteur contre le véhicule percuté comprise entre environ 8 et 14 km/heure. Cette marge tient précisément compte du fait qu'il n'était pas possible de déterminer, au vu des dommages sur le véhicule percuté, si le conducteur du véhicule percuteur avait freiné ou pas. L'argument du recourant à ce propos tombe ainsi à faux. Il n'y a en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'analyse précitée. En effet, l'avis (antérieur) du garagiste qui s'est occupé des réparations sur la voiture accidentée, concluant à une vitesse du véhicule percuteur supérieure à 10 km, ne saurait à lui seul suffire à mettre en doute l'avis d'un ingénieur spécialiste en analyse d'accidents. Ainsi, le choc ne peut être qualifié d'important, compte tenu du delta-v retenu et eu égard aux dégâts somme toute minimes causés au véhicule percuté. Le châssis n'a notamment pas été endommagé. Au vu de ces éléments et de la jurisprudence (cf. TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 5.2 et les références citées, 8C\_715/2010 du 2 décembre 2010 consid. 5.2.2), il y a lieu de retenir que l'accident en cause, soit une collision ordinaire avec un véhicule à l'arrêt, constitue un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité.

**b)** Lorsque l'accident est de gravité moyenne, l'existence ou l'inexistence d'un rapport de causalité adéquate ne peut être déduite de la seule gravité objective de l'accident. Conformément à la jurisprudence

(ATF 134 V 109 ; 117 V 359), il convient dans un tel cas de se référer en outre, dans une appréciation globale, à d'autres circonstances objectivement appréciables, en relation directe avec l'accident ou apparaissant comme la conséquence directe ou indirecte de celui-ci. Les critères à examiner pour un accident de gravité moyenne sont alors les suivants :

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

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. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V

133 consid. 6c/aa et bb, 403 consid. 5c/aa et bb ; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4.1).

**c/aa)** La survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas, en soi, à conduire à l'admission de ce critère. En l'espèce, l'accident s'est déroulé alors que le véhicule de l'assuré se trouvait à l'arrêt, provoquant des dégâts peu importants à l'arrière (pare-chocs et hayon). Le fait que la tête du recourant soit partie en avant au moment du choc ne constitue pas une circonstance particulièrement dramatique, ce d'autant moins que l'intéressé n'a présenté aucune blessure nécessitant des soins immédiats.

**bb)** Il n'existe en l'occurrence pas de lésions somatiques objectivables présentant un caractère de gravité ou une nature particulière.

**cc)** Le recourant n'a pas dû suivre un traitement médical prolongé et pénible, étant précisé qu'il doit être tenu compte uniquement du traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). Ce traitement a pour l'essentiel consisté en la prise de médicaments (notamment antalgiques) et en des séances de physiothérapie. Or, la prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulation - même pendant une certaine durée - ne suffisent pas à la réalisation du critère de la pénibilité du traitement (TF 8C\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4, in RAMA 2005 n° U 549 p. 239).

**dd)** Dans le prolongement du critère précédent, on peut relever qu'aucune erreur de traitement ni complication n'est à déplorer.

**ee)** Il n'y a pas non plus d'indices pour admettre des difficultés ou complications importantes au cours de la guérison. En particulier, l'épisode du 3 février 2017, relatif à une manipulation de la tête du

recourant qui aurait aggravé ses symptômes, n'est pas documenté et ne repose sur aucune constatation médicale objective.

**ff/a)** Pour qu'un assuré puisse se prévaloir de l'intensité des douleurs, il faut que durant le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA) aient existé, sans interruption conséquente, des douleurs importantes (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). L'importance se mesure sur la base de la crédibilité des douleurs et sur les empêchements provoqués par les douleurs dans la vie de tous les jours pour la personne accidentée. En l'espèce, dès lors que P. \_\_\_\_\_ SA avait des doutes à cet égard, il a mandaté des détectives privés pour observer le quotidien de l'assuré sur cinq jours entre les 16 et 25 août 2016. Il en est ressorti que l'assuré n'avait jamais été observé en train de porter une minerve hormis dans quatre situations particulières. Or ce constat s'inscrivait en opposition totale avec les déclarations de l'assuré faites lors d'une visite à domicile du 31 mai 2016 d'un inspecteur de P. \_\_\_\_\_ SA, selon lesquelles il portait une minerve 24 heures sur 24. Le rapport résultant de la surveillance mise en place indiquait également que l'assuré ne souffrait d'aucune limitation physique visible ou apparente lorsqu'il tournait la tête, conduisait, montait ou descendait d'un véhicule, marchait dans la rue, se rendait dans un centre commercial, s'asseyait à une table, téléphonait ou dans tout autre mouvement de la vie courante observé durant la période de surveillance.

**b)** L'assuré soutient que le moyen utilisé par P. \_\_\_\_\_ SA est illicite, car contraire à l'art. 8 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), et qu'il doit ainsi être écarté. Il y a donc lieu d'examiner cette question plus avant.

**c)** Aux termes de l'art. 13 al. 1 Cst., toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile, de sa correspondance et des relations qu'elle établit par la poste et les télécommunications (al. 1). Toute personne a le droit d'être protégée contre l'emploi abusif des données qui la concernent (al. 2). Comme tout autre droit constitutionnel, le droit au respect de la vie privée et familiale

peut être restreint pour un motif d'intérêt public, pour autant que l'atteinte repose sur une base légale et soit propre à atteindre le but visé et soit proportionnée (art. 36 Cst.).

L'art. 8 CEDH garantit que toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance (par. 1). Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui (par. 2).

Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.

Lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants (art. 46 LPGA). Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré peut consulter le dossier, pour les données qui le concernent (art. 47 al. 1 let. a LPGA).

**d)** Dans un arrêt n° 61838/10 rendu par la Cour européenne des droits de l'homme (CrEDH) le 18 octobre 2016 en la cause Vukota-Bojić c/ Suisse, la CrEDH a jugé de la conformité à la CEDH de la surveillance effectuée par un détective mandaté par l'assurance-accidents (social). Elle a considéré que les art. 28 et 42 LPGA, ainsi que l'art. 96 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), ne constituaient pas des bases légales suffisantes pour l'observation, nonobstant la protection de la personnalité et du domaine privé, de sorte qu'elle a conclu à une violation de l'art. 8 CEDH (§ 72 ss de l'arrêt). En revanche, la CrEDH a nié que l'utilisation des résultats de la surveillance par l'assureur-accidents violât l'art. 6 CEDH (droit à un procès équitable).

Elle a considéré comme déterminant que ces résultats n'avaient pas été à eux seuls décisifs pour évaluer le droit à la prestation dans le cadre de la procédure du droit des assurances sociales en question et que la personne assurée avait eu la possibilité de les contester, notamment sous l'angle de leur authenticité et de leur utilisation (dans une procédure litigieuse). La qualité probatoire du moyen en cause, soit le point de savoir s'il est propre à servir de preuve, sa force probatoire, ainsi que les circonstances dans lesquelles la preuve a été récoltée et l'influence de celle-ci sur l'issue de la procédure ont également été considérées comme importantes (§ 91 ss de l'arrêt ; TF 9C\_817/2016 du 15 septembre 2017 consid. 3.2.1)

De son côté, à la lumière des considérations de l'arrêt de la CrEDH précité, le Tribunal fédéral a jugé désormais que l'art. 59 al. 5 LAI ne constituait pas une base légale suffisante réglant de manière étendue, claire et détaillée la surveillance secrète dans le domaine de l'assurance-invalidité. En conséquence, une telle mesure de surveillance, qu'elle soit mise en œuvre par l'assureur-accidents ou l'office AI, portait atteinte à l'art. 8 CEDH, respectivement à l'art. 13 Cst. qui avait une portée pour l'essentiel identique (ATF 143 I 377 consid. 4 ; TF 9C\_817/2016 du 15 septembre 2017 consid. 3.2.2).

L'examen du sort de la preuve illicite - soit du rapport de surveillance - doit être effectué au regard uniquement du droit suisse, la CrEDH vérifiant seulement si une procédure dans son ensemble peut être considérée comme équitable au sens de l'art. 6 CEDH. Le Tribunal fédéral a retenu pour l'essentiel qu'il est en principe admissible d'exploiter les résultats de la surveillance (et, de ce fait d'autres preuves fondées sur ceux-ci), à moins qu'il ne résulte de la pesée des intérêts en présence que les intérêts privés prévalent sur les intérêts publics. Il a par ailleurs considéré qu'il y a bien lieu, en droit des assurances sociales, de partir du principe d'une interdiction absolue d'exploiter le moyen de preuve, dans la mesure où il s'agit d'une preuve obtenue dans un lieu ne constituant pas un espace public librement visible sans difficulté (TF 8C\_570/2016 du 8 novembre 2017 consid. 1.5 ; ATF 143 I 377 consid. 5 ; TF 9C\_817/2016 du 15 septembre 2017 consid. 3.3.1).

Un rapport de surveillance ne permet pas, à lui seul, de juger l'état de santé et la capacité de travail d'un assuré. Il doit être renforcé par des données médicales, singulièrement en matière de troubles psychiques. L'évaluation du matériel d'observation par un médecin peut suffire (TF 9C\_342/2017 du 29 janvier 2018 consid. 5 et références citées).

**e)** D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1 et réf. cit. ; TF 9C\_951/2015 du 29 septembre 2016 consid. 4 ; 9C\_896/2014 du 29 mai 2015 consid. 4.1.1). Le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (TF 9C\_446/2013 et 9C\_469/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2), sous réserve de motifs particuliers imposant exceptionnellement l'application immédiate du nouveau droit (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 119 Ib 103 consid. 5).

**f)** En l'espèce, on peut admettre que la surveillance mise en œuvre par l'intimé violait les art. 8 CEDH et 13 Cst. au regard de la jurisprudence susmentionnée rendue sur cette question, dans la mesure où l'art. 43a LPGA, qui constitue une nouvelle base légale en matière de surveillance des assurés, est entré en vigueur seulement le 1<sup>er</sup> octobre 2019, à la suite de la modification des dispositions de la LPGA en matière de surveillance du 16 mars 2018 (cf. FF 2018 1469), acceptée par votation populaire du 25 novembre 2018.

Cela étant, la reconnaissance du caractère illicite du moyen de preuve constitué par le rapport corrélatif ne signifie pas encore, comme le voudrait le recourant, que ce moyen doit être purement et simplement écarté de la procédure.

A cet égard, on relèvera que le rapport d'observation du 2 septembre 2017 fait état d'une surveillance effectuée du mardi 16 au jeudi 18 août 2016, ainsi que les mardi 23 et jeudi 25 août 2016. Le recourant a été suivi au volant de son véhicule au départ de son domicile et dans des établissements publics tels qu'hôpital, centre commercial ou station-service. La surveillance a par ailleurs été diligentée dans le contexte de doutes quant à la véracité des déclarations du recourant en lien avec les douleurs ressenties, dès lors que ces déclarations apparaissaient peu cohérentes avec les photographies publiées sur le compte Facebook du recourant et du delta-v retenu inférieur à 10 km/heure. Le rapport d'observation n'est donc pas le seul élément fondant la décision litigieuse.

On ajoutera que l'intérêt public consistant à empêcher la fraude à l'assurance l'emporte sur l'atteinte relativement modeste aux droits fondamentaux du recourant, lequel a été essentiellement observé dans des lieux publics ou à la vue du public.

Etant donné ce qui précède, il n'y a pas lieu d'écarter le rapport de surveillance établi le 2 septembre 2017, mais bien plutôt de retenir les résultats de la surveillance comme des éléments de preuve exploitables, en sus des autres pièces versées au dossier de l'intimé.

A cet égard, on relèvera également que le recourant a affirmé de manière mensongère, lors de son audition du 13 septembre 2016, que c'était son amie qui conduisait le véhicule pour se rendre à la consultation auprès du Prof. I. \_\_\_\_\_ à [...] le 16 août 2016, alors qu'il résulte du rapport de surveillance que c'est bien lui qui conduisait la voiture. Ainsi, le comportement adopté par le recourant n'est pas compatible avec les douleurs intenses qu'il prétend avoir et l'importance de l'impotence fonctionnelle de la nuque qui avait été constatée par le Prof. I. \_\_\_\_\_, lequel n'avait du reste pas caché son étonnement (cf. rapport du 13 mai 2016). On ne saurait ainsi considérer que le critère de l'intensité des douleurs est rempli en l'espèce.

Les pièces produites dans le dossier AI ne permettent en outre pas de parvenir à une autre conclusion, ce d'autant qu'il en ressort que l'assuré a chuté le 19 octobre 2018 sur le genou gauche, occasionnant une fracture du poignet droit, ainsi qu'une plaie fronto-pariétale gauche. Les rapports médicaux produits dans le cadre de la procédure AI étant tous postérieurs à l'évènement d'octobre 2018, on ne peut rien en tirer.

**gg)** Enfin, le critère relatif au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'est à l'évidence pas réalisé. En effet, on rappellera que l'intéressé doit faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7). Or il ne ressort pas des pièces au dossier que le recourant a fourni des efforts reconnaissables pour reprendre une activité.

**d)** Force est ainsi de constater qu'aucun des critères n'est réalisé, si bien que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les plaintes du recourant et le traumatisme engendré par l'accident doit être déniée. C'est donc à juste titre que l'intimée a cessé la prise en charge des atteintes à la santé du recourant après trois mois, considérant qu'elles n'avaient plus de lien avec l'accident.

**7.** Le recourant sollicite des mesures d'instruction, soit la mise en œuvre d'une expertise médicale et l'audition de témoins.

**a)** 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 (sur l'appréciation anticipée des preuves: ATF 141 I 60 consid. 3.3; 136 I 229 consid. 5.3). 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 ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ;

122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011).

**b)** Le dossier étant complet sur le plan médical en ce qui concerne l'objet du litige et permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires, que ce soit sous la forme d'une expertise médicale ou de l'audition de témoins. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**8. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 31 janvier 2018 confirmée.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), le présent arrêt est rendu sans frais. Par ailleurs, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**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 31 janvier 2018 par P. \_\_\_\_\_ SA 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 Amandine Torrent (pour Q.\_\_\_\_\_),
- P.\_\_\_\_\_SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :