

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 février 2024

Composition : M. PIGUET, président
Mme Pasche, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

W._____, à P._____, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, à Zurich, intimée.

E n f a i t :

A. a) W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, travaillait en qualité d'ostéopathe à la fois indépendant et salarié, tout en étant maître de stage auprès de l'Ecole [...] (désormais : Haute école de santé X._____). Parallèlement à ces activités, il exerçait la profession de promoteur commercial pour le compte de la société [...] et était à ce dernier titre assuré contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès de Zurich Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Zurich ou l'intimée). Le 31 mars 2005, il a été victime d'un accident de la voie publique alors qu'il circulait sur le territoire de la commune de T._____.

Selon le rapport de gendarmerie établi le 5 avril 2005, les circonstances de l'accident ont été décrites en ces termes :

M._____ circulait avec le fourgon de livraison, sur la route de K._____, de X._____ en direction de T._____. Dans cette localité, alors qu'il obliquait à gauche, afin d'emprunter l'entrée de l'autoroute [...] en direction de X._____-Sud, il ne remarqua pas l'automobiliste W._____, qui arrivait normalement en sens inverse. Dès lors, une collision se produisit entre l'avant droit du fourgon M._____ et l'avant de la voiture W._____. Suite à ce choc, le fourgon M._____ fut projeté contre l'avant de l'auto B._____, laquelle était à l'arrêt de la sortie X._____-Nord.

L'assuré, qui portait la ceinture de sécurité, a présenté de multiples contusions et une plaie à la tête, si bien qu'il a été transporté au Service des urgences de l'Hôpital cantonal à X._____ où, pour seul diagnostic, a été posé celui de contusion au genou droit (certificat médical du 3 août 2005).

Consulté le 21 septembre 2005 en raison de la persistance de céphalées et d'une aggravation de la symptomatologie du genou droit, le Dr E._____, médecin traitant, a posé les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral sans perte de connaissance avec plaie du cuir chevelu et contusion des genoux. Il a indiqué que son patient n'avait jamais eu de problèmes au genou ou de migraines avant l'accident du 31 mars 2005 (rapport du 25 novembre 2005).

Dans un courrier du 16 janvier 2006 adressé à la Zurich, l'assuré a décrit en ces termes les répercussions de l'accident du 31 mars 2005 sur son état de santé :

Les conséquences de cet accident sont doubles et très importantes :

- depuis le traumatisme crânien, je souffre de céphalées fronto-temporales gauches (surtout en fin de journée), accompagnées occasionnellement de nausées (sans vomissements, vertiges ou perte de connaissance), ainsi que de très fréquentes insomnies
- depuis le choc contre le tableau de bord de l'auto, il persiste à mon genou droit un épanchement qui augmente et devient douloureux à l'effort (de plus, cette zone reste fortement hypoesthésique).

Les céphalées sont devenues plus rares aujourd'hui et plus supportables aussi (avec beaucoup moins de nausées), certainement grâce aux séances d'ostéopathie prescrites par le Dr E. _____ et prodiguées par Monsieur A. _____ (j'ai suivi ces séances à un rythme de 1 par semaine du 05.04. au 16.06.05 (11 séances), puis 1 toutes les 3 semaines depuis cette date, jusqu'à nos jours (10 séances ; cf. factures émises).

En effet, grâce à ce traitement, il m'a été possible de reprendre le travail à un taux de 50 %, malgré les quelques crises de céphalées persistantes. Il est à noter que les insomnies restent régulières et que la fatigue qui en découle (en fonction du nombre de « mauvaises » nuits et si la médication (Stilnox) est moins bien suivie) accroît les céphalées.

Du côté du genou par contre, il n'y a aucune amélioration !

Aujourd'hui encore, le moindre effort, aussi ridicule soit-il, provoque un épanchement conséquent près de la face interne de la rotule. Ainsi, une marche trop prolongée, quelques montées et descentes d'escaliers, un pas de course ou un port de charge déclenchent cet épanchement qui me provoque des douleurs et m'empêche, comme si cela ne suffisait pas, de m'endormir, allant jusqu'à me réveiller même parfois.

Il m'est totalement impossible de faire du sport (essai d'une heure de tennis à rythme de « touriste » sur une surface dure) ou de travailler avec plus de 6 patients en une journée, sous risque de me voir immobilisé pendant les 1 ou 2 jours qui suivent.

Je ne peux pas non plus mener une vie normale car, par exemple, une séance de cinéma est une vraie torture, ni même d'avoir une activité sexuelle « standard » puisque l'appui sur mon genou est impossible !

L'IRM effectué à l'Institut de Radiologie de S. _____ n'ayant rien révélé (« pas de lésion osseuse traumatique ou de fracture ostéo-cartilagineuse appréciable au niveau de la rotule en particulier. Epanchement intra-articulaire modéré. Séquelle d'hématome prérotulien. Pas de lésion des gros tendons de l'appareil extenseur

du genou », nb : il est à noter que l'examen a été fait sur un genou reposé et dont l'épanchement était « minime »), mais le mal étant toujours bien présent, j'ai eu l'occasion, par l'intermédiaire de connaissances, d'être examiné « officieusement » par le Dr G. _____, traumatologue spécialiste du genou œuvrant à [...] et de passage à l'Hôpital R. _____, qui m'a donné son diagnostic.

Selon lui, il s'agirait d'un hématome post-traumatique au niveau du corps de Hoffa qui devrait être traité de différentes manières :

- infiltration(s)
- massages ou physiothérapie
- préparation physique avec travail sur les chaînes musculaires postérieures afin de diminuer les contraintes intra articulaires.

Le 9 mars 2006, la Dre L. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a procédé à une évaluation de la situation médicale de l'assuré en vue de déterminer sa capacité de travail. Dans son rapport du 10 mars 2006, elle a retenu, en lien avec l'accident du 31 mars 2005, les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de status après contusion du corps de Hoffa du genou droit, d'épanchement chronique du genou droit d'origine mixte probable sur status après probable rupture traumatique du croisé antérieur environ vingt ans auparavant, ainsi que de céphalées probablement d'origine tensionnelle. Selon cette médecin, les céphalées paraissaient de nature tensionnelle et s'ajoutaient à des facteurs de tendinomyogélose, si bien qu'une composante migraineuse n'était pas exclue dans ce contexte. Aussi a-t-elle suggéré un examen neurologique.

Dans son rapport du 30 mars 2006, le Dr N. _____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de céphalées post-traumatiques chroniques, qu'il attribuait au traumatisme crânien, qualifié de léger, du 31 mars 2005 ; il a également retenu des douleurs persistantes ensuite d'une contusion du genou droit et une discrète neuropathie infrapatellaire droite.

A réception du rapport du Dr N. _____, l'assuré a adressé, le 29 mai 2006, un courrier à la Zurich. Il y faisait plus particulièrement état de la difficulté de pouvoir définir précisément un arrêt de travail dû aux problèmes de céphalées chroniques ayant suivi l'accident, dans la mesure où son handicap physique (genou) prédominait lors de son activité professionnelle d'ostéopathe.

Dans un nouveau courrier du 18 juin 2007, l'assuré s'est plaint à la Zurich du traitement de son dossier, tout en indiquant la liste des médecins consultés depuis l'accident du 31 mars 2005 en raison de ses problèmes au genou droit et des céphalées.

Par courriel du 10 octobre 2007, l'assuré a demandé à la Zurich de quelle manière elle comptait prendre en charge les traitements nécessités par les céphalées et les douleurs au genou droit.

Par décision du 18 novembre 2008, la Zurich a avisé l'assuré qu'elle ne prendrait en charge que les traitements médicaux prescrits en vue d'éviter une détérioration de son état de santé, dans la mesure où la situation médicale devait être considérée comme stabilisée. Elle lui a par ailleurs reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % en raison de douleurs au compartiment antérieur du genou droit. L'assuré n'avait en revanche pas droit à une rente d'invalidité ou à des indemnités journalières, dès lors qu'il ne présentait pas d'incapacité de travail.

Par courrier du 17 décembre 2008, l'assuré a signalé la persistance de céphalées et de gonalgies au genou droit, tout en déclarant qu'il ne contestait pas le taux retenu pour l'atteinte à l'intégrité.

Au vu de ces éléments, la Zurich a chargé le Dr N. _____ de procéder à l'expertise neurologique de l'assuré. Dans son rapport du 28 avril 2009, il a relevé que ce dernier se plaignait toujours de céphalées survenant en moyenne quatre jours par mois, mais au maximum dix à douze jours par mois. Il s'agissait d'une douleur de localisation variable, débutant le matin au réveil et parfois la nuit, d'intensité progressive, parfois pulsatile associée à une sonophobie, une photophobie et une inappétence. Selon l'expert, les céphalées actuelles correspondaient aux critères de migraine sans aura, la migraine pouvant faire partie d'un syndrome post-traumatique. Par ailleurs, un traumatisme crânien pouvait révéler un terrain migraineux sous-jacent qui ne s'était encore jamais exprimé. Il estimait dès lors hautement vraisemblable que les céphalées

dont se plaignait l'assuré étaient imputables à l'accident du 31 mars 2005. En l'absence de facteur étranger jouant un rôle dans l'atteinte actuelle, les épisodes de céphalées, devenus assez réguliers, devaient être considérés comme stabilisés.

Par courrier du 3 décembre 2009, la Zurich a informé l'assuré que, selon le Dr N._____, la situation était stabilisée. Néanmoins, elle s'engageait à prendre en charge le traitement médical afin d'éviter une détérioration de son état de santé. Dans la mesure où il n'existait pas d'incapacité de travail dans la profession exercée, il n'avait pas droit à une rente d'invalidité, pas plus qu'il ne pouvait prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le 12 décembre 2009, l'assuré a accusé réception de ce courrier.

b) Par courriel du 29 janvier 2015, l'assuré a informé la Zurich que son état de santé s'était détérioré. Outre les céphalées et les problèmes au genou droit, il a fait état de douleurs à la hanche droite ainsi qu'au niveau des vertèbres cervicales et lombaires, tout en signalant des douleurs éparses sous forme de tensions, de crampes ou d'arrachements.

Le 1^{er} juillet 2015, le Dr Q._____, spécialiste en radiologie, a effectué un CT cervical en raison de céphalées, de cervicalgies avec limitation des mouvements ainsi que d'un antélisthesis en C3-C4 découvert en 2014. Dans son compte-rendu daté du lendemain, ce médecin a conclu à une cervicarthrose généralisée avec arthrose postérieure et canal étroit relatif en C3-C4, majoré par une instabilité postérieure. Il a également relevé un élargissement de l'espace interfacettaire C3-C4 droit suggérant une séquelle de lésion ligamentaire à l'origine de l'instabilité et a encore fait état de sténoses foraminales multi-étagées.

Mandatée par la Zurich, la Clinique F._____ a procédé à une expertise pluridisciplinaire de l'assuré comportant un volet orthopédique

(Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), un volet psychiatrique (Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) ainsi qu'une consultation de neurochirurgie (Dr J._____, spécialiste en neurochirurgie). Dans leur rapport du 19 octobre 2015, les experts se sont exprimés en ces termes sous l'intitulé « Evolution actuelle, interactions et évolution prévisible des diagnostics ayant un lien de causalité reconnu avec l'événement du 31 mars 2005 » :

Le traumatisme crânio-cérébral de grade I (léger selon le MTBI [Mild Traumatic Brain Injury, réd.]) a évolué vers la guérison, dès trois mois après l'accident, soit dès le 30 juin 2005.

Le diagnostic d'autres troubles organiques spécifiés de la personnalité et du comportement dus à une maladie, une lésion ou un dysfonctionnement cérébral (ICD-10, F07.8) a perduré un peu plus d'un an, mais a été résolutif. Des plaintes de concentration et de mémoire sont actuellement rapportées, mais celles-ci sont plutôt banales. Une fatigue est également évoquée mais doit être mise en lien avec des difficultés de sommeil en lien avec des douleurs d'une part et avec les insomnies présentes de longue date d'autre part (préexistantes à l'accident et sans lien de causalité avec celui-ci).

Au jour de la présente expertise, c'est l'évolution de l'instabilité avec antélisthesis de C3 sur C4 par déchirure des moyens d'union (entorse cervicale) qui retient l'attention. Cette lésion cervicale a évolué en dix ans vers un antélisthesis progressif et une dégénérescence localisée accélérée dans un contexte de dégénérescence cervicale normale pour l'âge. Elle va encore s'aggraver et nécessite une discussion sur une intervention chirurgicale d'arthrodèse C3-C4. Ce traitement sera à la charge de l'assurance-accidents selon la LAA.

Les céphalées initiales post-traumatiques en lien avec l'accident peuvent être retenues compte tenu de ce traumatisme crânio-cérébral de grade I avec plaie du cuir chevelu, et ce pour une durée médico-théorique de trois mois post-accident, soit jusqu'au 30 juin 2005. Les céphalées actuelles sont surtout des céphalées de tension, lesquelles ont évolué de façon variable, mais accompagnées de céphalées cervicogéniques en lien avec le diagnostic d'instabilité avec antélisthesis de C3 sur C4. Ces céphalées cervicogéniques, beaucoup plus évidentes dix ans après l'accident et beaucoup plus nettes lors de la recrudescence récente des céphalées et des cervicalgies en avril-mai 2014, sont responsables pour une part pouvant être estimée à 30 % des plaintes de céphalées, de par la description et l'histoire des plaintes. La prise en charge chirurgicale recommandée au niveau cervical permettra la disparition de la part des céphalées cervicogéniques.

La contusion de la rotule droite a évolué vers la guérison sans séquelle, laquelle peut être considérée comme atteinte à six mois au maximum après le traumatisme, soit vers la fin septembre 2005. Il n'existe pas d'interaction spécifique avec les autres diagnostics,

mais il faut retenir que les douleurs persistantes du genou droit sont en partie explicables par des troubles sans lien de causalité avec l'accident.

Ces autres atteintes du genou font lien avec la poursuite d'une dégénérescence (chondropathie) des compartiments fémoro-patellaire et fémoro-tibial externe, laquelle va poursuivre son propre cours vers une lente dégradation. S'y ajoutent une déchirure de la corne postérieure du ménisque externe en état stable et une élongation du LCA au stade de status post.

A noter par ailleurs la présence d'une atteinte dégénérative de la hanche droite (coxarthrose), également sans lien de causalité, et motivant une recommandation pour pose de prothèse totale. Ce traitement n'est pas à la charge de l'assurance-accidents selon la LAA.

Il est préconisé de réaliser la prise en charge neurochirurgicale (en lien de causalité avec l'accident) avant l'opération de chirurgie orthopédique pour la hanche droite (sans lien de causalité avec l'accident), afin d'empêcher l'évolution de l'antélisthésis vers une atteinte neurologique déficitaire.

Après la réalisation des prises en charge recommandées, on peut envisager une évolution très favorable, voire une levée totale des plaintes, compte tenu du traitement et donc de la stabilisation du substrat organique responsable des douleurs, lequel est passé inaperçu et resté non traité, mais aussi de la possibilité pour l'assuré de comprendre enfin son cheminement et la chronicité de ses plaintes. De plus, la volonté et les capacités de résilience qu'il a manifestées depuis l'accident de 2005 avec poursuite et reprise d'une nouvelle activité professionnelle dans laquelle il se plaît, est un signe encourageant pour cette évolution très favorable attendue.

Néanmoins, l'hypothèse d'une évolution peu favorable avec persistance des plaintes ne peut être complètement écartée, compte tenu de la présence de troubles dégénératifs (genou droit, atteinte dégénérative multi-étagée du rachis cervical), mais cette persistance de plaintes ne sera pas en lien de causalité avec l'accident.

Conformément à la recommandation des experts, le Dr V._____, spécialiste en neurochirurgie, a effectué, le 7 mars 2017, une intervention chirurgicale consistant en une stabilisation et une fusion des vertèbres C3 et C4 avec cage intersomatique par voie antérieure.

Dans le cadre du suivi post-opératoire, l'assuré a fait l'objet d'examens radiologiques (IRM cervicale du 28 septembre 2017, CT-scan de la colonne cervicale du 5 mars 2018) ainsi que de consultations auprès du Dr V._____. Dans son rapport du 25 avril 2018, ce médecin a notamment indiqué ce qui suit :

Actuellement, la situation est la suivante, et je me permets de la diviser en trois volets :

Le premier, du point de vue strictement médical, un CT-scan de contrôle a été réalisé le 5 mars 2018, à un an de l'intervention chirurgicale. Il démontre la bonne fusion de l'espace C3-C4, la mise en place d'une plaque cervicale et des vis dans le corps vertébral de C3 et C4 ainsi que l'absence de complication. Mais rappelons que le patient présente une discopathie et spondylarthrose pluri-étagée, cervicale, qui pourrait aussi être la cause des douleurs. Une infiltration des facettes articulaires et l'administration de médicaments antidouleurs pourraient certainement améliorer le tableau clinique. D'un point de vue médicamenteux, je propose pour l'instant de traiter le patient dans le contexte d'un centre antidouleur, ou éventuellement dans un centre de réadaptation, à la SUVA, à S. _____, comme suggéré par le Dr O. _____. J'exclus a priori une intervention chirurgicale de stabilisation et fusion par voie postérieure.

L'administration d'antidépresseurs s'est rendue particulièrement justifiée à cause d'une flexion de l'humeur, en raison aussi de la prise de conscience de la situation médicale par le patient. Concernant ce deuxième aspect, social et psychologique, M. W. _____ ressent de la frustration de ne pas pouvoir reprendre son activité professionnelle à plein temps, avec la même énergie qu'il avait auparavant. Il se sent en effet victime d'un diagnostic retardé et ceci a certainement un impact sur sa situation psychologique, bien que le patient ne soit pas demandeur d'un bénéfice secondaire ou revendicateur par rapport aux médecins qui l'ont examiné auparavant. Il accepte parfaitement la situation et se rend compte qu'au fond, l'intervention chirurgicale, même si réalisée tardivement, règle un problème d'instabilité qui aurait pu avoir des conséquences sévères du point de vue neurologique. Néanmoins, une prise en charge psychologique serait utile afin de voir comment le patient a vécu une situation de douleurs chroniques sur un laps de temps de 12 ans et l'impression « de ne pas avoir été écouté ». Typiquement, cette situation mérite une prise en charge psychothérapeutique.

Enfin, du point de vue purement asséculo-logique, je pense effectivement qu'une prise en charge de la douleur, mais aussi globale, avec une approche holistique de la symptomatologie douloureuse cervicale, doit être prise en charge par l'assureur accident, car l'état de tension nerveuse relaté, les cervicalgies mécaniques et l'état global du patient sont évidemment en relation avec tout un contexte attribuable au traumatisme, typiquement aussi le « whiplash ». Je rappelle aussi que l'examen d'IRM mettait en évidence une petite myélopathie, ce qui est l'expression d'une souffrance médullaire avec un signal hyperintense dans les séquences de T1. Cette myélopathie rentre aussi dans le cadre d'un « whiplash ».

Dans un courrier à la Zurich du 7 août 2018, le Dr O. _____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant,

s'est étonné du refus de l'assurance de prendre en charge la Duloxetine, alors même qu'elle avait admis le remboursement du traitement antalgique (Tramactil Uno et Zaldiar). A cet égard, ce médecin a expliqué que, depuis le 13 avril 2018, son patient se plaignait d'une intensification des cervicalgies et des céphalées post-traumatiques. Outre le traitement antalgique (Tramactil et Zaldiar), il avait introduit un traitement de Duloxetine utilisé pour élever le seuil de la douleur chez les personnes souffrant de douleurs chroniques. Cette prescription n'avait donc pas été faite en vue de traiter une dépression mais complétait le traitement antalgique.

Le 27 août 2018, l'assuré a consulté le Dr D._____, spécialiste en neurochirurgie, en raison d'une recrudescence des céphalées. Dans son rapport daté du même jour, il s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « Appréciation » :

Monsieur W._____ souffre donc de céphalées dans un contexte d'entorse cervicale post AVP. Il a bénéficié d'une arthrodèse C3-C4 qui semble, sur le dernier scanner de 2018, fusionnée. Néanmoins, j'ai proposé au patient de confirmer cela avec un spect CT pour exclure une pseudarthrose. J'ai également proposé de refaire une IRM cervicale car je n'ai pas d'explication pour la myélopathie dont le patient souffre actuellement et je n'ai pas d'examen radiologique comparatif. Je le reverrai à la lumière de ces examens, le 19 septembre 2018, pour discuter de la prise en charge d'un point de vue chirurgical.

Dans tous les cas, il semble qu'une bonne partie de la symptomatologie actuelle soit en lien avec les céphalées d'origine probablement cervicale et j'ai proposé au patient d'être vu et pris en charge par mes collègues du centre d'antalgie de l'hôpital de Z._____ pour des infiltrations facettaires ciblées avec éventuellement une thermo-coagulation des facettes responsables des symptômes ou toute autre mesure qu'ils estimeront nécessaire.

Dans son rapport du 19 septembre 2018, le Dr D._____ a relevé que le spect CT avait mis en évidence une pseudarthrose au niveau du plateau supérieur de C4. Selon ce médecin, les douleurs s'expliquaient bien par cette image d'arthrose facettaire décompensée en C2-C3 principalement à gauche et en C6-C7. Il y avait une hyperactivité métabolique au niveau du plateau de C4 décrite par le radiologue comme pseudarthrose. Néanmoins, en l'absence de chambrage des vis et vu la

bonne fusion au niveau du plateau supérieur, le Dr D._____ estimait qu'une intervention chirurgicale n'était guère susceptible d'améliorer la symptomatologie.

Suivant la proposition du Dr D._____, l'assuré a consulté le Dr I._____, médecin-chef au Centre d'Antalgie de l'Hôpital de Z._____. Dans son rapport du 4 octobre 2018, ce médecin a relevé que les céphalées étaient en aggravation depuis l'opération du mois de mars 2017 et qu'elles étaient en outre continues. Les douleurs étaient souvent pulsatiles, pouvaient être localisées tant au niveau pariétal que frontal et survenaient bilatéralement avec une prédominance à gauche. Elles étaient parfois également orbitaires. Les facteurs aggravants étaient le maintien d'une position prolongée, en particulier la position assise. La douleur était apaisée par la prise de Tramadol et l'obscurité. Selon le Dr I._____, l'assuré présentait une céphalée cervicogène post whiplash avec probable composante facettaire, raison pour laquelle il proposait un bloc diagnostic des facettes cervicales hautes.

Dans un rapport du 15 février 2019, la Dre U._____, spécialiste en neurologie, a relevé que, depuis l'intervention pratiquée par le Dr V._____ au mois de mars 2017, motivée par un défaut d'alignement C2-C3 et C3-C4, l'assuré avait constaté une aggravation des céphalées. Au terme de son examen, cette médecin a retenu que l'intéressé présentait probablement des céphalées médicamenteuses sur les opiacés. Cependant, ces derniers avaient probablement eu un effet positif sur les douleurs mécaniques. En revanche, elle n'excluait pas que de fortes doses de Zaldiar pouvaient avoir eu un effet délétère sur les céphalées. Quoi qu'il en soit, il existait probablement, d'une part, un fond de céphalées tensionnelles et mécaniques et, d'autre part, des exacerbations migraineuses. Sous l'angle thérapeutique, la Dre U._____ a envisagé une modification des médicaments prescrits voire, en cas d'échec, un traitement neurochirurgical antalgique.

Dans un rapport du 15 août 2019, le Dr Y._____, chef de clinique auprès du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital

R._____, a retenu que l'assuré présentait un tableau de cervicalgies et de céphalées d'origine cervicogénique probable en lien avec des remaniements post-opératoires, post-traumatiques et dégénératifs. L'examen neurologique était cependant rassurant, même si le patient restait invalidé par les douleurs cervicales et les céphalées dont l'origine cervicale semblait « extrêmement probable ».

Dans un rapport du 9 septembre 2019, les Drs G.G._____ et H.H._____, respectivement médecin associé et cheffe de clinique auprès du Département des neurosciences cliniques de l'Hôpital R._____, ont indiqué que, depuis l'accident de mars 2005, l'assuré présentait des cervicalgies et des céphalées persistantes, lesquelles avaient été diagnostiquées comme des céphalées de tension.

Après avoir mis en œuvre une expertise auprès du Dr A.A._____, spécialiste en neurologie et en neurochirurgie (rapport du 23 juillet 2019), la Zurich a, par décision du 23 avril 2020, mis un terme à ses prestations au 31 mars 2006 pour les atteintes à la santé présentées par l'assuré au niveau cervical et crânio-cérébral en retenant ce qui suit :

Selon le Dr A.A._____, expert, spécialiste en neurologie et neurochirurgie, le rapport de causalité entre l'accident du 31.03.2005 et l'instabilité C3-C4, la dégénérescence, les arthroses facettaires et l'ostéochondrose étagée sur la quasi-totalité de la colonne vertébrale cervicale avec rétrécissement des disques et modification de l'annulus fibrosus est très peu probable. Il estime que le statu quo sine peut être considéré entre 6 à 12 mois après l'accident.

Au-delà du 31.03.2006, les troubles de santé au niveau cervical et crânio-cérébral ne sont donc plus, selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante, en relation avec l'événement du 31.03.2005. C'est la raison pour laquelle nous mettons fin aux prestations au 31.03.2006. Il est cependant renoncé à demander le remboursement des prestations d'ores et déjà octroyées au-delà de cette date.

Le 18 mai 2020, l'assuré, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, s'est opposé à cette décision. Il faisait valoir que la décision du 23 avril 2020 était insuffisamment motivée en tant qu'elle ne contenait pas les remarques qu'il avait formulées à l'encontre du rapport d'expertise du

Dr A.A._____, ce qui constituait une violation de son droit d'être entendu. Il reprochait ensuite à la Zurich une violation de la maxime inquisitoire, dans la mesure où elle n'avait pas mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, seule à même selon lui d'éclaircir la question de son état de santé et celle du lien de causalité entre l'événement accidentel du 31 mars 2005 et les limitations fonctionnelles présentées. Il estimait enfin que l'expertise du Dr A.A._____ était dépourvue de valeur probante, car l'expert n'avait pas énuméré les pièces médicales à sa disposition et ne discutait pas de manière circonstanciée les avis des médecins l'ayant examiné.

Le 2 décembre 2020, l'assuré a transmis à la Zurich le rapport d'expertise pluridisciplinaire établi par le Centre d'expertises B.B._____ le 26 novembre 2020 à la demande de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et comprenant un volet de médecine interne générale (Dr C.C._____, médecin praticien), un volet orthopédique (Dr D.D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), un volet neurologique (Dr E.E._____, spécialiste en neurologie), ainsi qu'un volet psychiatrique (Dr F.F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Sous l'intitulé « Evaluation médicale interdisciplinaire », les experts ont retenu ce qui suit :

L'expertisé est suisse, âgé de 49 ans, marié en 2017, séparé depuis 2018 et en instance de divorce. Il est père de deux filles nées en 2008 et 2017. Il a obtenu un diplôme d'ostéopathe en 2002.

En 2005, il est victime d'un accident de whiplash responsable d'un traumatisme crânien, a priori bénin, ainsi que d'un traumatisme du genou droit et de la hanche droite. Après une interruption temporaire d'activité, il a pu reprendre son travail à 80 % malgré la persistance de céphalées chroniques. Cependant, il a dû cesser en 2010 son activité d'ostéopathe par suite d'un traumatisme du poignet gauche survenu en 2008. Il a alors bénéficié d'une reconversion professionnelle avec obtention d'un brevet fédéral de spécialiste de vente lui permettant de reprendre une activité de délégué médical puis de conseiller en assurances. Les problématiques de santé de l'expertisé sont majoritairement en lien avec des pathologies orthopédiques post-traumatiques : une gonarthrose bilatérale débutante plus importante à droite sur genou droit polytraumatisé, une coxarthrose sévère droite, une arthrose périscaphoïdienne du poignet gauche avec diastasis scapholunaire ayant nécessité plusieurs interventions en 2010-2011, d'importantes lésions dégénératives du rachis cervical avec fusion C3-C4 par cage

intersomatique et plaque suite à une intervention de stabilisation en 2017.

L'expertisé conserve encore des céphalées mixtes et des cervicalgies non continues. Il se plaint de coxalgies de plus en plus importantes surtout à droite. Actuellement, les doléances algiques pour le poignet gauche et le genou droit sont au second plan. Il présente par ailleurs un épisode dépressif d'intensité moyenne, évoluant depuis juillet 2017, mais très légèrement amélioré depuis avril 2020. L'incapacité de travail à 100 % a débuté le 12.07.2018. Préalablement, l'expertisé a perçu une rente AI de 100 % du 01.12.2011 au 30.06.2014, une demi-rente du 01.09.2012 au 01.10.2012 puis un quart de rente du 01.07.2014 au 30.09.2014. Par suite d'une nouvelle demande à l'AI, une expertise pluridisciplinaire est sollicitée.

Sur la base de leurs constatations cliniques, les experts ont retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle de conseiller en assurances était nulle depuis le 12 juillet 2018, alors qu'elle était entière depuis cette date dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites sur les plans orthopédique et neurologique.

Appelé à se déterminer sur l'expertise du Centre d'expertises B.B._____ ainsi que sur les rapports médicaux produits par l'assuré à l'appui de son opposition, le Dr A.A._____ a déposé un rapport complémentaire le 8 juillet 2021.

Dans ses déterminations du 30 novembre 2021, l'assuré a fait valoir que les constatations du Dr A.A._____ reposaient sur la prémisse erronée qu'un léger traumatisme crânien avait eu lieu lors de l'accident de 2005, alors que sa tête avait heurté le montant du pare-brise du véhicule, lequel avait subi d'importants dommages. De surcroît, le Dr E.E._____, qui avait procédé au volet neurologique de l'expertise réalisée au Centre d'expertises B.B._____, avait fait état de céphalées mixtes, à la fois cervicogènes consécutives à l'accident du 31 mars 2005 et à composante tensionnelle possible, versus migraineuse, toujours de nature post-traumatique. Il avait par ailleurs indiqué que les céphalées et les cervicalgies étaient en cohérence avec l'accident du 31 mars 2005 (whiplash), même si le diagnostic d'instabilité cervicale post-traumatique avait été posé tardivement.

Par décision sur opposition du 3 mai 2022, la Zurich a rejeté l'opposition formée par l'assuré le 18 mai 2020, en se fondant sur les considérations suivantes :

Concernant la causalité avec l'accident, la problématique est essentiellement médicale et on ne peut que renvoyer à l'appréciation de l'expert, Dr. A.A._____, qui constate l'absence d'éléments objectifs entre l'accident de 2005 et l'opération effectuée en 2017 par le Dr. V._____. En outre, l'expert met en exergue le temps de latence très important, presque 10 ans, entre l'accident et les premières identifications et investigations médicales des problèmes cervicaux. Il souligne qu'aucun examen ni aucune consultation n'a été mis en œuvre sur ces points avant l'expertise de 2015. Il explique, de façon convaincante, les raisons pour lesquelles la lésion ligamentaire mise en évidence lors de l'IRM de 2014 dans le cadre de l'expertise de la Clinique F._____ n'a un lien de causalité seulement possible avec l'accident en relevant qu' « *il est très peu probable que l'accident de voiture de mars 2005 ait entraîné une instabilité C3/C4, une dégénérescence, des arthroses facettaires, ainsi qu'une ostéochondrose étagée sur la quasi-totalité de la CVC [colonne vertébrale cervicale, réd.] avec rétrécissement des disques et modification de l'annulus fibrosus* ».

D'autre part, les rapports médicaux des médecins traitants, n'analysent pas l'origine de la causalité et partent de diagnostics supposés, sans éléments objectifs à l'appui. A titre d'exemple, c'est pour la première fois depuis l'accident, le 05.03.2018, que le Dr V._____ parle de « *tableau clinique compatible avec un whiplash* », il explique en outre que l'opération de 2017 était motivée par une instabilité du niveau C3-C4.

Dans son rapport du 25.04.2018, le Dr V._____ relève que M. W._____ « *présente une histoire de traumatisme du rachis en 2005* ». Or, aucun document médical antécédent ne permet d'établir ce traumatisme cervical.

De même, le Dr D._____, dans son rapport du 27.08.2018, met les céphalées sur le compte de l' « *entorse cervicale post AVP* », sans toutefois que cette entorse cervicale n'ait été objectivée avant 2015. Il en va de même du Dr I._____ qui dans son rapport du 04.10.2018 conclut « *mon impression diagnostique est une céphalée cervicogène post whiplash avec probable composante facettaire* ».

Il est en ce sens particulièrement révélateur de découvrir, à la lecture de l'expertise du Centre d'expertises B.B._____ que dans la partie « *Evaluation consensuelle* » les experts, reprenant en cela systématiquement et sans appareil critique, décrivent « *En 2005, il est victime d'un accident de whiplash responsable d'un traumatisme crânien, a priori bénin, ainsi que d'un traumatisme du genou droit et de la hanche droite* ». Force est en effet de constater qu'il n'y a eu aucun traumatisme de la hanche droite lors de l'accident de 2005 et qu'il n'a jamais été question de whiplash jusqu'en 2018, quand le Dr V._____ écrit pour la première fois dans son rapport du 05.03.2018 que « *Le patient présente actuellement un tableau clinique compatible avec un whiplash* ».

C'est donc sur la base de ces constatations « biaisées » que les différents experts ont analysé le dossier et que les experts du Centre d'expertises B.B._____ retiennent par exemple, du point de vue

neurologique, que les cervicalgies et les céphalées sont en cohérence avec l'accident du 31.03.2005 (whiplash).

A la lecture de l'expertise orthopédique, on constate l'absence de mention de problèmes cervicaux dans les suites immédiates de l'accident, la première mention étant faite avec l'IRM de 2015 faisant état d'« *une importante atteinte dégénérative du rachis cervical est mise en évidence* ».

Dans le même sens, l'expert neurologue s'appuie sur les affirmations de l'assuré, pas confirmées par des données objectives : « *l'expertisé parle de son accident de voiture en 2005 avec choc frontal et whiplash suivi de céphalées et d'insomnies insuffisamment investiguées* ».

B. **a)** Par acte du 1^{er} juin 2022, W._____, toujours représenté par son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 3 mai 2022 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice de prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 mars 2006, en raison notamment de ses troubles au niveau cervical et crânio-cérébral, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à la Zurich pour complément d'instruction.

L'assuré déplorait que la Zurich n'ait pas mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, seule à même selon lui d'appréhender son état de santé dans sa globalité et, partant, de déterminer l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 31 mars 2005 et les limitations fonctionnelles présentées depuis lors. En ne procédant pas aux mesures d'investigations préconisées, elle avait contrevenu à son obligation d'instruire, dès lors qu'elle s'était contentée de faire siens le rapport d'expertise du Dr A.A._____ du 23 juillet 2019 et ses compléments des 8 janvier 2020 et 8 juillet 2021. Or l'expert n'avait pas énuméré les différents rapports médicaux à sa disposition, de même qu'il n'avait dressé qu'une anamnèse succincte, en ne décrivant notamment pas de manière précise le déroulement de l'accident, lors duquel la tête de l'assuré avait pourtant heurté le montant du pare-brise du véhicule. En omettant de discuter le point de vue des médecins consultés, le Dr A.A._____ avait fourni un rapport d'expertise dépourvu de valeur probante. D'après l'assuré, l'expert aurait pu et dû s'entretenir avec tous les médecins connaissant bien sa situation afin de pouvoir confronter son propre point de vue aux leurs. Compte tenu de la violation de la maxime

inquisitoire et d'un rapport d'expertise inexploitable, il fallait donc admettre que la Zurich n'avait pas apporté la preuve de la disparition du lien de causalité entre l'accident de 2005 et ses séquelles, de sorte que c'était de manière contraire au droit qu'elle avait mis un terme au versement de ses prestations au 31 mars 2006 en lien avec les atteintes au niveau cervical et crânio-cérébral.

b) Dans sa réponse du 7 juillet 2022, la Zurich a, en substance, relevé que l'assuré n'expliquait pas quelles étaient les divergences médicales entre le Dr A.A. _____ et les médecins traitants autres que les conclusions sur le lien de causalité, de même qu'il n'exposait pas les raisons médicales pour lesquelles l'expertise du Dr A.A. _____ ne pouvait être suivie. Il apparaissait ainsi que l'assuré ne critiquait pas le contenu de cette expertise en la confrontant à une autre opinion médicale de fond, mais qu'il ne procédait qu'à une critique de nature formelle. Elle a également précisé que le rapport établi par le Dr A.A. _____ en 2019 n'avait pas été soumis aux experts du Centre d'expertises B.B. _____, faute pour ce centre de disposer de spécialistes aptes à se prononcer sur la question du rapport de causalité naturelle. Au demeurant, le rapport du Centre d'expertises B.B. _____ était destiné à l'assurance-invalidité. Partant, la Zurich a conclu au rejet du recours.

c) Par réplique du 31 août 2022, l'assuré a souligné que le caractère imprécis de l'expertise du Dr A.A. _____ et la nature sommaire de son analyse lui ôtaient toute valeur probante. Il a par ailleurs relevé que la Zurich avait admis que le volet neurochirurgical ne constituait que l'un des volets médicaux à prendre en considération, si bien qu'en refusant de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, elle avait contrevenu à son devoir d'instruire.

d) Dupliquant en date du 23 septembre 2022, la Zurich a observé que l'assuré n'avait pas apporté d'éléments médicaux à l'appui des critiques formulées à l'encontre de l'expertise du Dr A.A. _____, dès lors que ni ses médecins traitants ni les experts du Centre d'expertises B.B. _____ ne s'étaient exprimés à propos du contenu de cette expertise.

Quant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, elle ne se justifiait pas, dans la mesure où l'assuré n'avait pas expliqué en quoi une telle mesure lui paraissait indispensable ni quels aspects médicaux n'avaient pas été investigués.

e) Dans ses déterminations du 5 octobre 2022, l'assuré a repris ses arguments précédents quant à l'absence de valeur probante de l'expertise du Dr A.A. _____ et quant au caractère lacunaire de l'instruction menée par la Zurich.

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 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 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) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens,

les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige a pour objet la question de savoir si le recourant peut prétendre - au titre de séquelles tardives - à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec les troubles au niveau cervical et les céphalées annoncées dans son courriel du 29 janvier 2015, singulièrement la question du lien de causalité entre cette symptomatologie et l'accident dont il a été victime le 31 mars 2005.

c) Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de déterminer si les troubles au niveau du genou droit ou d'autres troubles doivent faire l'objet d'une prise en charge, cette question n'ayant pas été examinée par l'intimée.

3. Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} 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'assurance 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.

4. a) 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. Selon 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de

caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

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 (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière

de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références citées).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. En l'occurrence, il y a lieu de distinguer, d'une part, les troubles au niveau cervical et, d'autre part, la problématique des céphalées.

a) aa) Dans un courriel du 29 janvier 2015, le recourant a fait état d'une dégradation de son état de santé, en relevant notamment qu'il souffrait de douleurs cervicales quotidiennes, sous forme de tensions et de blocages, si bien qu'il demandait à la Zurich à quelles conditions elle serait susceptible de prendre en charge la réalisation d'exams complémentaires. A réception de ce message, celle-ci a invité l'assuré à faire réaliser des radiographies actualisées de ses articulations (courriel du 29 janvier 2015). Le 1^{er} juillet 2015, le Dr Q._____ a effectué un CT cervical motivé par des céphalées et des cervicalgies avec limitation des mouvements, lesquelles étaient associées à un antélisthesis découvert en 2014. L'examen du Dr Q._____ a confirmé l'existence d'un discret antélisthesis de C3 sur C4, associé à un élargissement de l'interligne articulaire postérieur droit où il existait un remaniement dégénératif facettaire, tandis qu'une arthrose postérieure était également visible sur les autres étages cervicaux. Il en a conclu à l'existence d'une cervicarthrose généralisée avec arthrose postérieure et canal étroit relatif en C3-C4, majoré par une instabilité postérieure ; il y avait aussi un élargissement de l'espace interfacettaire C3-C4 droit suggérant une séquelle de lésion ligamentaire à l'origine de l'instabilité, de même qu'il a constaté des sténoses foraminales multi-étagées (voir également le rapport d'expertise de la Clinique F._____ du 19 octobre 2015, pp. 104 ss., et le rapport d'expertise du Centre d'expertises B.B._____ du 26 novembre 2020, p. 20).

Cette instabilité en C3-C4 a nécessité la réalisation d'une intervention chirurgicale, pratiquée le 7 mars 2017 par le Dr V._____, consistant en une arthrodèse C3-C4 en vue de la stabilisation et de la fusion de ces vertèbres avec cage intersomatique par voie antérieure et pose d'une plaque en titane. Cette opération n'a toutefois pas permis d'amender les douleurs du recourant. En effet, dans un rapport du 20 avril 2017, le Dr V._____ a relevé que celui-ci se plaignait de douleurs nocturnes cervicales, qui seraient apparues une dizaine de jours auparavant, alors qu'il avait commencé à diminuer le traitement antalgique. De son côté, le Dr O._____ a souligné le caractère chronique des douleurs de la nuque (cf. rapports des 17 avril, 12 juillet et 7 août 2018). Pour sa part, le Dr V._____ a observé que le CT-scan de contrôle réalisé le 5 mars 2018 avait démontré la bonne fusion de l'espace C3-C4, la mise en place d'une plaque cervicale et des vis dans le corps vertébral de C3 et C4, ainsi que l'absence de complication. Or l'assuré présentait une discopathie et une spondylarthrose pluri-étagée, cervicale, qui pouvaient être à l'origine des douleurs (cf. rapport du 25 avril 2018). Il a dès lors suggéré une consultation dans un centre d'antalgie, laquelle a eu lieu le 19 septembre 2018. Dans son rapport daté du même jour, le Dr D._____ a retenu, à l'instar de son confrère V._____, que les douleurs de l'assuré étaient bien expliquées par le spect CT, lequel avait mis en évidence une arthrose facettaire décompensée en C2-C3 principalement à gauche et en C6-C7.

bb) Plusieurs intervenants médicaux ont eu l'occasion de s'exprimer au sujet du lien de causalité entre la problématique cervicale et l'accident du 31 mars 2005. Dans le cadre de son évaluation pour le compte de la Clinique F._____, le Dr J._____, spécialiste en neurochirurgie, a relevé que l'antélisthésis de C3 sur C4 faisait évoquer une lésion ligamentaire ancienne et qu'il était par conséquent probable qu'une rupture des moyens d'union soit passée inaperçue au moment de l'accident du 31 mars 2005. Dans son rapport du 25 avril 2018, le Dr V._____ semble également partager cette analyse, lorsqu'il affirme « *qu'entre 2005 et le 7 mars 2017, c'est-à-dire le jour de l'intervention*

chirurgicale réalisée par mes soins, le patient a présenté non seulement des risques d'aggravation neurologique, mais aussi un tableau clinique cervicalgique chronique qui a été réellement scotomisé. Il est regrettable effectivement que le diagnostic n'ait pas été posé plus rapidement, car les suites auraient probablement été moins compliquées ». De même, le Dr Y. _____ a, dans son rapport du 15 août 2019, expliqué que le recourant présentait « *un tableau de cervicalgies et céphalées d'origine cervicogénique probable en lien avec des remaniements post-opératoires, post-traumatiques et dégénératifs* ». Quant au Centre d'expertises B.B. _____, il retient, dans son volet neurologique (p. 27) que « *[l]es céphalées et les cervicalgies sont en cohérence avec l'accident du 31.03.2005 (whiplash), même si le diagnostic d'instabilité cervicale post-traumatique a été posé tardivement* ».

cc) Malgré les différents points de vue exprimés - *a posteriori* - par les intervenants précités, l'existence d'un lien de causalité avec l'accident litigieux ne paraît en l'espèce que possible. Rien n'indique dans le dossier que l'accident dont le recourant a été la victime a engendré un traumatisme important au niveau de la colonne cervicale. En effet, si les premières pièces médicales versées au dossier du recourant font mention d'une plaie au cuir chevelu (cf. rapports des Drs I.I. _____ du 28 juillet 2005 et E. _____ du 25 novembre 2005), d'une contusion au genou droit (cf. rapports des Drs J.J. _____ du 3 août 2005 et E. _____ du 25 novembre 2005) et d'un traumatisme crânien (cf. rapport du Dr E. _____ du 25 novembre 2005) qualifié par la suite de léger (cf. considérant 6b/aa *infra*), il n'est à aucun moment fait mention de cervicalgies (cf., notamment, les rapports des Drs L. _____ du 10 mars 2006 et N. _____ du 30 mars 2006). Les radiographies de la colonne cervicale effectuées dans le cadre de la prise en charge par les Urgences de l'Hôpital Cantonal de X. _____ se sont avérées normales (cf. rapport du Dr N. _____ du 30 mars 2006). Il apparaît ensuite que les plaintes du recourant ont, par la suite, surtout concerné les céphalées et le genou droit (voir les courriers et courriels adressés à l'intimée par le recourant les 16 janvier 2006, 29 mai 2006, 18 juin 2007, 10 octobre 2007, 17 décembre 2008 et 12 décembre 2009), puis le poignet gauche à la suite d'un accident survenu le 15

janvier 2008 ayant nécessité des interventions chirurgicales en 2010 et 2011 (voir à ce propos la synthèse du dossier de l'assurance-invalidité opérée par le Centre d'expertises B.B._____ dans son rapport du 26 novembre 2020, pp. 37 ss.), à l'exclusion de toute problématique cervicale, ainsi que l'atteste par ailleurs l'absence d'imagerie médicale dans l'intervalle et de consultations spécialisées. De fait, ce n'est qu'en avril-mai 2014, soit plus de neuf ans après l'accident de mars 2005 qu'il est rapporté pour la première fois l'existence de douleurs cervicales, respectivement d'un antélisthesis (cf. considérant 6a/aa *supra*).

dd) Sur le vu de ce qui précède, il ne semble guère possible, faute d'éléments probants suffisants, de rattacher, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'antélisthesis de C3 sur C4, respectivement les problèmes cervicaux mis en évidence à compter d'avril-mai 2014 avec l'accident du 31 mars 2005, d'autant plus que les médecins consultés par le recourant s'accordent à reconnaître qu'il présente également des troubles dégénératifs de la colonne cervicale (arthrose facettaire ; voir, par exemple, les rapports des Drs V._____ du 25 avril 2018, D._____ du 19 septembre 2018 et Y._____ du 15 août 2019 ; voir également le rapport d'expertise de la Clinique F._____ du 19 octobre 2015, p. 94 sv.).

b) aa) S'agissant des céphalées, le recourant a, dans le cadre de son accident, été victime d'un traumatisme crânien léger (sur la qualification du traumatisme subi, cf. rapport du Dr N._____ du 30 mars 2006 ; voir également le rapport d'expertise de la Clinique F._____ du 19 octobre 2015, pp. 117 ss.), aucun élément, telle qu'une perte de connaissance, ne plaidant dans le sens d'une atteinte plus grave. Dans ce contexte, il a présenté des troubles neurologiques sous forme de céphalées, d'insomnies, de nausées et de vertiges. Si les autres symptômes se sont plus ou moins amendés, il n'est pas contestable - sur la base des pièces versées au dossier - que les céphalées ne l'ont plus quitté depuis son accident, même si elles ont pu varier en intensité au cours du temps et n'ont, apparemment, pas fait l'objet d'un suivi médical particulier (cf., par exemple, le courrier adressé à l'intimée par le

recourant le 16 janvier 2006 ou le rapport de la Dre U._____ du 15 février 2019).

bb) Cela étant, il n'y a pas d'unanimité parmi les médecins consultés quant à la nature des céphalées ressenties par le recourant. Si l'on peut admettre que le recourant a présenté, dans les suites immédiates de son accident, des céphalées post-traumatiques (rapport du Dr N._____ du 30 mars 2006), on ne retrouve plus cette notion de céphalées post-traumatiques dans les rapports médicaux établis postérieurement. Au contraire, il est fait mention soit de céphalées tensionnelles (rapports de la Dre L._____ du 10 mars 2006 et des Drs G.G._____ et H.H._____ du 9 septembre 2019), soit de céphalées mécaniques (rapports des Drs D._____ des 27 août 2018 et 19 septembre 2018, I._____ du 4 octobre 2018 et Y._____ du 15 août 2019), soit d'un mixte de céphalées tensionnelles et mécaniques (rapport d'expertise de la Clinique F._____ du 19 octobre 2015, p. 119 sv.). Pour sa part, la Dre U._____ a évoqué, dans son rapport du 15 février 2019, l'hypothèse de céphalées médicamenteuses (sur un fond de céphalées tensionnelles et mécaniques), tandis que le Dr N._____ a fait état, dans son rapport du 30 mars 2006, de céphalées migraineuses.

cc) Il convient par ailleurs de relever que plusieurs médecins ont souligné que l'exacerbation récente des céphalées (et des cervicalgies) s'inscrivait dans les conséquences directes de l'intervention chirurgicale dont le recourant a fait l'objet le 7 mars 2017 (cf. rapports des Drs O._____ du 7 août 2018, I._____ du 4 octobre 2018 et U._____ du 15 février 2019).

dd) En tout état de cause, dans la mesure où il n'a pas été établi que les problèmes cervicaux mis en évidence à compter d'avril-mai 2014 présentaient un lien de causalité avec l'accident du 31 mars 2005, il n'est pas possible d'établir un lien de causalité entre les céphalées ressenties par le recourant, qu'on les qualifie de céphalées tensionnelles ou de céphalées mécaniques, et l'accident précité.

c) aa) Cela étant précisé, l'évaluation de la situation opérée par le Dr A.A._____ dans son expertise du 23 juillet 2019 et ses compléments des 8 janvier 2020 et 8 juillet 2021, ne vient que confirmer, dans les grandes lignes, les constatations qui précèdent.

bb) aaa) L'expert a relevé que ce n'était qu'à l'occasion d'examens d'imagerie cervicale réalisés en avril/mai 2014 qu'avait été objectivée pour la première fois une discopathie en C5, C6 et C7 avec nette antélisthésis en C3-C4. La survenue de dégénérescence au niveau des disques et des articulations facettaires était multifactorielle mais souvent liée à l'âge. Il était donc très peu probable que les évolutions observées plus de dix ans après l'accident de 2005 et ayant nécessité une intervention chirurgicale en mars 2017 soient imputables à cet événement. Tel était d'autant plus le cas que l'assuré présentait des prédispositions d'ordre constitutionnel ayant motivé l'opération de 2017, à savoir la chondrose et l'ostéochondrose avec spondylose et dégénérescence des articulations facettaires de toute la colonne cervicale. A cela s'ajoutait qu'aucune lésion post-traumatique n'avait été observée dans les suites immédiates de l'accident. Le Dr A.A._____ en déduisait qu'il était tout au plus possible que l'accident de voiture de mars 2005 ait entraîné une instabilité C3-C4, une dégénérescence des arthroses facettaires, ainsi qu'une ostéochondrose étagée sur la quasi-totalité de la colonne cervicale avec rétrécissement des disques et modification de l'annulus fibrosus.

bbb) Quant aux autres plaintes évoquées par le recourant (vertiges, maux de tête, troubles du sommeil), le Dr A.A._____ a estimé qu'il n'existait aucune cause organique à ces symptômes et que les douleurs alléguées revêtaient un caractère subjectif, dans la mesure où elles n'avaient pas pu être démontrées par des examens radiomorphologiques après l'accident. De l'avis de l'expert, il était hautement probable que des causes étrangères à cet événement aient joué un rôle à partir d'un moment donné et que celui-ci n'ait fait qu'aggraver un problème pré-existant. Il convenait donc d'interpréter ces symptômes comme des troubles d'ordre psycho-organique ou neuro-

végétatif, voire dépressif ou liés à du stress, lesquels nécessitaient un suivi psychologique. En l'absence d'éléments contraires, le Dr A.A. _____ a jugé que le *statu quo sine* était largement atteint, car l'assuré souffrait des mêmes douleurs que si l'accident ne s'était jamais produit.

cc) En tout état de cause, il n'y a pas lieu d'examiner de manière détaillée les griefs - de nature formelle - formulés par le recourant à l'encontre de la valeur probante de cette expertise, dans la mesure où celle-ci n'apparaît, au vu des développements qui précèdent, nullement décisive pour trancher le litige.

d) En conclusion, il convient de retenir que les troubles au niveau cervical et les céphalées annoncés par le recourant en 2015 ne se trouvent pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 31 mars 2005, si bien que l'intimée était fondée à refuser d'allouer ses prestations pour ces atteintes.

7. En l'occurrence, le dossier est complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner d'autres mesures probatoires. 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. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, si bien que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît inutile. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et 130 II 425 consid. 2.1).

8. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition rendue le 3 mai 2022 par l'intimée.

9. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 3 mai 2022 par Zurich Compagnie d'Assurances SA est confirmée.

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

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour W. _____),
- Zurich Compagnie d'Assurances 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).

Le greffier :