

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 septembre 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Bidiville et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexa Landert, avocate à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. **a)** X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait auprès de V. _____ SA, à [...] par l'intermédiaire d'[...] SA depuis le 25 août 2014, en qualité de chauffeur de camion-grue. Il était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 31 août 2014, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Victime d'un polytraumatisme, il a été transporté au Centre hospitalier de L. _____ en ambulance. Les radiographies du thorax, de l'épaule gauche et du rachis cervical pratiquées les 31 août et 10 septembre 2014 ont mis en évidence une fracture de la glène à gauche, l'absence de lésion osseuse traumatique décelable au niveau du rachis cervical, mais une arthrose C5-C6. Un scanner cervical pratiqué le 2 décembre 2014 a révélé une fracture de l'apophyse transverse gauche de C7, une sténose du canal rachidien de C3 à C6 sur protusion disco-ostéophyto-uncarthrosique et rétrécissement foraminal étagé, y compris C6-C7 à gauche.

L'intéressé a présenté une incapacité totale de travail depuis le 31 août 2014 et la CNA a pris en charge le cas.

Dans son rapport du 24 novembre 2014, le Dr [...], médecin généraliste traitant, a relevé l'absence de plaintes liées à l'épaule gauche, mais a fait état de paresthésie de l'avant-bras et de la main gauche avec diminution de la force motrice.

Dans l'électromyographie (ci-après : EMG ou EMNG) pratiquée le 16 décembre 2014, le Dr D. _____ a conclu à des tracés de dénervation en plusieurs muscles au membre supérieur gauche, dont la systématisation plaide pour une atteinte radiculaire C7 gauche. Ce

praticien a préconisé la mise en œuvre d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM).

Prenant position sur les rapports du Dr D._____, le Dr M._____, médecin-conseil de la CNA, a indiqué que les troubles actuels à la colonne cervicale et l'incapacité de travail à 100 % étaient en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 31 août 2014 et qu'il était alors impossible de se positionner sur un *statu quo* en raison de l'atteinte à la racine C7 gauche.

Une IRM cervicale du 8 janvier 2015 a mis en évidence une réduction de calibre canalaire de C3 à C7 et des citernes péri-médullaires, mais sans anomalie de la charnière cervico-occipitale ; les coupes axiales ne retrouvaient pas d'hypersignal net de myélopathie cervicale.

A la demande de la CNA, l'assuré a été convoqué pour un examen neurologique, le 8 juin 2015, auprès du cabinet du Dr R._____, spécialiste en neurologique. Dans son rapport du 9 juin 2015, ce praticien a retenu un syndrome radiculaire C7 gauche, algique, déficitaire sur le plan moteur et sensitif, vraisemblablement en lien avec une sténose foraminale disco-ostéophytaire, dégénérative à la hauteur de C6-C7, bien documentée par l'IRM cervicale et par le scanner cervical. Il a estimé que le tableau évoluait de manière lentement favorable, mais de manière non satisfaisante depuis plus de neuf mois, raison pour laquelle il a préconisé l'avis d'un neurochirurgien.

b) Le 10 juin 2015, l'assuré a été victime d'un nouvel accident, nécessitant une première intervention le lendemain, consistant en la pose d'une broche dans la phalange en raison de l'écrasement du troisième doigt de la main gauche, puis une seconde le 1^{er} octobre 2015 avec ablation de la broche.

Le 17 novembre 2015, l'assuré a été vu en consultation par le Dr J._____, spécialiste en neurochirurgie. Dans son rapport du même jour, ce praticien a notamment exposé ce qui suit :

« [...] L'examen électromyographique du 08.06.2015 mettait en évidence une atteinte radiculaire C7 gauche. Cliniquement, le patient, malgré ses mésaventures au niveau du doigt, présente surtout une radiculopathie cervicale C6 et C7 droite, en partie C6 puisque la douleur s'irradie aussi dans l'index et le pouce. A la suite de l'accident il avait présenté aussi une irradiation dans le pouce. Cliniquement, il y a un léger déficit de force dans le triceps du côté gauche, ce qui confirme la radiculopathie C7, mais en même temps, par rapport à l'évaluation du Dr R. _____, nous sommes confrontés à un syndrome neuropathique.

J'ai vu l'examen d'IRM qui a été réalisé le 08.01.2015, il met en évidence un double conflit radiculaire avec la racine C6 gauche et la racine C7 gauche, dans ce contexte, je proposerais plutôt une intervention chirurgicale de discectomie cervicale par voie antérieure C5-C6 et C6-C7, vu la double composante radiculaire, malgré le fait que la racine C6, du point de vue électromyographique n'est pas strictement touchée. Ceci dit, il y a aussi une composante de la douleur qui est de nature neuropathique, chronique et qui devra être évaluée éventuellement dans un deuxième temps, suite à l'intervention chirurgicale décompressive. Je referai un examen d'IRM s'il est question d'aller vers une intervention chirurgicale de discectomie. J'ai brièvement expliqué à X. _____ quels sont les principes de cette intervention chirurgicale ».

Dans son rapport du 11 octobre 2016, le Prof. H. _____, neurochirurgien auprès des Hôpitaux Universitaires [...] à B. _____, a retenu que l'assuré présentait un tableau clinique séquellaire, central, périphérique en retenant aussi la dimension douleur et soulignant que l'électromyogramme permettrait de réévaluer la situation ainsi que l'intensité des troubles et leur étendue.

L'assuré a subi une électromyographie le 7 décembre 2016. Dans le rapport y relatif, le Prof. N. _____ a conclu à une atteinte associée des racines C7 et C8 gauches, avec signe de perte axonale partiellement compensée par une réinnervation collatérale, soulignant que dite atteinte était probablement liée à la fracture C7 pouvant rendre compte des signes cliniques.

Dans un rapport du 23 janvier 2017, la Prof. T. _____, cheffe de service du Service de rééducation neurologique de l'Hôpital [...] à B. _____, a notamment exposé ce qui suit :

« [...] Il existe manifestement deux problèmes :

- un problème orthopédique de l'épaule en rapport avec la fracture de glène puisqu'il existe une rotation externe qui est correcte mais une limitation de l'antéflexion et de l'adduction à 80°, une limitation de la rotation interne puisque le pouce est au niveau de la partie basse du dos.

Par contre, aucune limitation orthopédique du coude, ni du poignet, ni des doigts en dehors de la fracture du 3ème doigt qu'il a présenté. Il ne s'agit donc pas des séquelles d'un syndrome algodystrophique mais bien d'une limitation orthopédique isolée de l'épaule pour laquelle je lui demande un arthro-scanner de l'épaule afin de savoir s'il existe, surajouté à l'atteinte neurologique, des anomalies orthopédiques.

- d'autre part, il existe une atteinte neurologique avec des douleurs partant du cou et irradiant vers la face postérieure de bras et vers les trois derniers doigts. On retrouve une hypo-anesthésie du pouce, du 2ème et du 3ème doigts à la fois sur la face palmaire et sur la face dorsale et remontant à peu près jusqu'au poignet. Ces troubles sensitifs qui confinent à l'anesthésie ont entraîné des brûlures et sont responsables en grande partie des difficultés d'utilisation de la main qu'il présente. Enfin, il existe un déficit moteur sur le triceps sur lequel il existe des fasciculations, sur les radiaux, peut-être sur les fléchisseurs des doigts mais ces muscles étant tellement forts, nous ne pouvons pas le tenter cliniquement, et sur l'opposant du pouce. Les deltoïdes antérieur et moyen sont normaux, le biceps est normal, les extenseurs des doigts sont pour moi normaux, de même que les palmaires. Le réflexe bicipital est présent, je n'ai pas retrouvé le réflexe tricipital.

On retrouve donc une atteinte neurogène avec une grosse anesthésie qui gêne l'utilisation du membre supérieur et avec un membre supérieur qui est exclu dans la vie quotidienne puisqu'il l'utilise peu, a du mal à boutonner ou déboutonner les boutons avec cette main gauche. Il présente d'autre part des crampes du membre supérieur gauche dès qu'il l'utilise un peu trop longtemps.

L'EMG confirme l'atteinte C7 neurogène avec une petite participation C8.

Cliniquement, je ne suis pas capable de savoir si l'atteinte est une atteinte radiculaire ou une atteinte plexique mais la topographie des troubles est plus en faveur d'une atteinte radiculaire que plexique ».

La CNA a adressé le cas de l'assuré à son médecin d'arrondissement afin qu'il se détermine sur la relation de causalité entre l'accident et les lésions cervicales qui pourraient déboucher sur une intervention chirurgicale. Dans son appréciation médicale du 28 avril 2017, le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a exposé ce qui suit :

« Il s'agit donc d'un patient de 54 ans, chauffeur poids-lourd, victime d'un accident de la circulation, le 22.09.2014 [recte : 31.08.2014], occasionnant une fracture de l'épaule G, une plaie du front D, une perforation tympanique G et surtout une entorse cervicale avec, au rapport du 24.11.2014, des paresthésies de l'avant-bras et de la main G et diminution de la force sans précision concernant l'apparition de cette symptomatologie.

Parallèlement, un CT-scan met en évidence sur le plan osseux une fracture de l'apophyse transverse G de C7 et des lésions dégénératives sous forme de protrusions disco-ostéophyto-uncarthrosiques occasionnant une sténose du canal rachidien et des trous de conjugaison C3-C4, ainsi qu'une hernie foraminale D associée à une uncarthrose D occasionnant une sténose du canal de conjugaison D de C4 et C5.

Concernant les déclarations du patient datées du 04.12.2014, nous relevons que X._____ décrit une perte de sensibilité de la main G au niveau des doigts 2 à 4, sans préciser si ces symptômes étaient déjà présents lors du séjour aux urgences.

Dans son rapport du 17.11.2015, le Dr J._____, Neurochirurgien, préconise une intervention chirurgicale de discectomie cervicale retenant le diagnostic de double conflit radiculaire avec les racines C6 et C7 du côté G.

A la lumière de ces différents éléments, nous retenons sur le plan cervical la présence d'une fracture transverse de C7 du côté G dans un contexte de lésions dégénératives principalement de C3-C4 D et C5-C6 du côté G.

A ce constat se surajoute des troubles neurologiques à la fois sensitifs et moteurs dans les territoires C6-C7, dont l'étiologie peut être à la fois dégénérative et à la fois une conséquence de la fracture de l'apophyse transverse de C7.

A ce titre, l'ENMG pratiqué par le Prof. N._____, en date du 07.12.2016, confirme nettement la présence de signes de dénervation réinnervation dont l'origine étiologique nous semble d'avantage traumatique que dégénérative.

En définitive, l'intervention proposée par le Dr J._____ consiste en une décompression des racines nerveuses C6 et C7 du côté G par ablation de disques intervertébraux dont l'état pathologique est dû exclusivement à une évolution dégénérative.

Dans ce contexte, non seulement cette intervention ne s'adresse pas à des lésions en rapport avec l'évènement qui nous occupe, mais de plus l'amélioration de la symptomatologie neurologique est peu probable du fait d'une interruption des nerfs C6-C7 du côté G que l'opération ne modifiera pas.

Par contre, l'origine de ces lésions nerveuses ne peut pas être attribuée de manière prépondérante à une origine dégénérative, raison pour laquelle la relation de causalité doit être admise.

S'agissant d'une situation complexe mêlant lésions neurologiques et lésions orthopédiques du MSG chez un patient travailleur de force, nous proposons à l'administration de l'adresser à la Clinique [...] à la fois dans un but diagnostique et thérapeutique, mais également dans le contexte d'une éventuelle réinsertion professionnelle. En

effet, la situation actuelle de l'assuré laisse à craindre un retour à la profession exercée difficile voire impossible ».

Le 13 septembre 2017, l'assuré a été convoqué par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant de la CNA, en vue d'un bilan final. Selon le rapport y relatif, le Prof. H._____ n'avait pas retenu d'indication opératoire et la situation médicale pouvait être considérée comme stabilisée. Se référant à l'avis du Dr K._____ du 28 avril 2017, le Dr M._____ a considéré que les troubles actuels ne résultaient que d'une atteinte dégénérative cervicale étagée. De ce fait, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) n'était due des suites de l'accident et une pleine capacité de travail pouvait être reconnue à l'assuré dans sa dernière activité.

Dans son avis médical du 20 octobre 2017, le Dr K._____ a indiqué ce qui suit :

« Pour la colonne cervicale, le patient présente des troubles touchant 2 à 3 niveaux (C5 à C7). Ceux-ci s'expliquent entièrement par les lésions dégénératives. La fracture transverse de C7 était trop "éloignée" pour provoquer les symptômes. Les conséquences de l'événement sur la colonne sont anecdotiques par rapport aux conséquences des lésions dégénératives.

Reste à notre charge la fracture de l'épaule.
A confronter avec l'appréciation du Dr M._____».

Le 31 octobre 2017, le Dr M._____ a rédigé un complément d'appréciation, dont on extrait notamment ce qui suit :

« En résumé, l'assuré présente des troubles dégénératifs cervicaux étagés présents avant l'évènement du 31.08.2014.

Le bilan radiologique par CT-Scan fait état d'une fracture de l'apophyse transverse G de C7 mais relève surtout des lésions dégénératives présentes sous forme de protusions disco-ostéophyto-uncarthrosiques étagées, occasionnant une sténose du canal rachidien.

A noter que le CT-Scan cervical du 02.12.2014 ne permet pas de visualiser clairement une quelconque fracture de C7.

L'assuré a vu de nombreux spécialistes et on évoque une atteinte radiculaire C7 G déficitaire. Le Dr J. _____ à Lausanne retient une indication chirurgicale alors que le Pr H. _____, neurochirurgien à B. _____, n'en retient aucune.

Le Dr K. _____ estime que l'intervention proposée par le neurochirurgien de Lausanne s'adresse à un état pathologique cervical caractérisé par des troubles dégénératifs. Il propose un séjour à la [...] à visée diagnostique et thérapeutique qui est refusée par l'assuré.

Au final, on doit admettre que l'éventuelle fracture de l'apophyse transverse G de C7 n'a pas engendré de modification de la statique cervicale et des troubles rachidiens dégénératifs préalables.

A plus de 3 ans de l'accident, on peut déclarer que la situation médicale est stabilisée et que les troubles actuels ne sont plus en relation avec l'accident du 31.08.2014 mais avec une atteinte dégénérative cervicale étagée.

Plus aucune mesure thérapeutique ou chirurgicale n'est probablement à même d'améliorer la situation de l'assuré. Celui-ci peut reprendre son activité de chauffeur PL avec des limitations fonctionnelles pour le port de charges répété supérieur à 15 kg, les travaux en porte-à-faux et les mouvements répétitifs du rachis cervical en rotation.

Aucune IPAI n'est due ».

c) Par courrier du 6 novembre 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin à ses prestations au 30 novembre 2017 au soir pour les suites des troubles de la colonne cervicale, ceux-ci n'étant plus dus à l'accident. Elle a précisé, concernant les troubles à l'épaule gauche, qu'elle continuerait à lui verser les prestations légales d'assurance, à savoir la prise en charge des frais de traitement et l'incapacité de travail totale qui en résultait.

Le 7 novembre 2017, la CNA a adressé des questions complémentaires au Dr M. _____ à la suite de son complément d'appréciation du 31 octobre 2017. Ainsi, le 6 décembre 2017, le médecin d'arrondissement a confirmé que l'exigibilité retenue dans son complément d'appréciation concernait les troubles cervicaux, que la situation médicale actuelle au niveau de l'épaule gauche permettait de reconnaître une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de chauffeur poids-lourd, qu'une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré.

Le Dr M. _____ a également estimé que les seules séquelles à l'épaule gauche ne justifiaient aucune IPAI.

Par décision du 12 décembre 2017, la CNA, Agence de W. _____, a estimé qu'il convenait de clore le cas au 30 novembre 2017 pour les suites des troubles de la colonne vertébrale. En ce qui concerne l'épaule gauche, se fondant sur les rapports du Dr M. _____, elle a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dès le 1^{er} janvier 2018 et que les indemnités journalières étaient versées jusqu'au 31 décembre 2017.

Le 12 janvier 2018, l'assuré, sous la plume de Me Alexa Landert, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Il a en substance contesté que les troubles de la colonne cervicale ne soient plus dus à l'accident, en se basant sur l'avis du Dr K. _____ du 28 avril 2017. Il a également contesté la capacité de travail retenue.

Dans son rapport du 13 avril 2018, le Prof. N. _____ a répondu comme suit aux questions qui lui étaient posées par le conseil de l'assuré :

« 1. Confirmez-vous votre appréciation selon laquelle l'atteinte constatée dans votre rapport du 7 décembre 2016 (soit atteinte associée des racines C7 et C8 gauches, avec signes de perte axonale partiellement compensée par une réinnervation collatérale) est probablement liée à la fracture C7 ?

La présence de signes de perte axonale et de réinnervation collatérale lors de l'examen du 7 décembre 2016 correspond à la nature des anomalies que l'on observe à deux ans d'une lésion radiculaire traumatique. Par ailleurs, la topographie des anomalies, recouvrant le territoire des racines C7 et C8, témoignait d'une lésion de ces deux racines situées de part et d'autre de la fracture-entorse C7.

2. Dans son examen final du 13 septembre 2017 et dans son complément d'appréciation du 31 octobre 2017, le Dr M. _____ considère que les troubles de X. _____ ne résultent que d'une atteinte dégénérative cervicale étagée (et non de l'accident du 26 octobre 2014). Il en va de même du Dr K. _____ dans son complément du 20 octobre 2017 qui retient ce qu'il suit :

« Pour la colonne cervicale, le patient présente des troubles touchant 2 à 3 niveaux (C5 à C7). Ceux-ci s'expliquent entièrement

par les lésions dégénératives. La fracture transverse de C7 est trop "éloignée" pour provoquer les symptômes. Les conséquences de l'évènement sur la colonne sont anecdotiques par rapport aux conséquences des lésions dégénératives. Reste à notre charge la fracture de l'épaule. A confronter avec l'appréciation du Dr M. _____».

Partagez-vous l'appréciation des Drs M. _____ et K. _____? Je vous remercie de justifier votre réponse.

On considère que la récupération après une lésion radiculaire se poursuit sur une période de 2 ans et demi à 3 ans environ. Les symptômes et signes cliniques que j'ai observés en décembre 2016 étaient tout à fait en adéquation avec les anomalies électrophysiologiques constatées ce jour-là. L'ensemble correspondait à ce que l'on observe après traumatisme radiculaire, et non à ce que donnent à voir de simples lésions dégénératives.

Les anomalies électrophysiologiques constatées laissent espérer une poursuite de la récupération, mais ne permettaient pas de présager de son niveau final. L'occasion ne m'a pas été donnée de revoir X. _____ un an plus tard, au moment où les Drs M. _____ et K. _____ ont effectué leurs rapports, fin 2017 [...] ».

La CNA a soumis le cas à son médecin d'arrondissement, afin de déterminer si les troubles cervicaux étaient en relation de causalité avec l'accident survenu le 31 août 2014. Dans son appréciation chirurgicale du 12 juillet 2018, la Dre F. _____, spécialiste en neurochirurgie a exposé ceci :

« Conclusion

En résumé on ne constate pas de lésions structurelles au niveau de la colonne cervicale mis à part une fracture de l'épineuse C7 au scanner, confirmée à l'IRM cervicale. Il n'a pas des lésions nerveuses qui ont comme conséquence des déficits sévères avec perte de la fonction d'un nerf.

Le diagnostic de Whiplash injury grade I est décrit le 30.08.2014. Par la suite, l'assuré présente un syndrome C7 déficitaire sur le plan sensitivo-moteur, expliqué par une sténose foraminale C6/7 mis à part d'autres sténoses multi-étagées selon l'IRM, qui sont d'origine dégénérative. L'ENMG pratiqué par le Prof. N. _____, en date du 07.12.2016, confirme la présence de signes de dénervation et réinnervation dont l'origine étiologique semble d'avantage traumatique que dégénérative.

En présence d'une fracture de l'apophyse transverse de C7, l'origine du syndrome C7 gauche ne peut pas être attribuée de manière prépondérante à une origine dégénérative, raison pour laquelle la relation de causalité a été admise. Le Prof. N. _____ conclut le 13.04.2018 que les plaintes actuelles sont en dehors du territoire des racines C7 et C8.

A plus de 3 ans de l'accident, on peut considérer que la situation médicale est largement stabilisée. Le diagnostic de Whiplash injury de grade I et l'absence de déficit structurel au niveau du bilan radiologique, mis à part une fracture de l'épineuse C7, confirment que les troubles actuels ne sont plus en relation de causalité avec l'accident du 31.08.2014 mais sont les suites d'une atteinte dégénérative étagée.

L'exigibilité selon le rapport du Dr M. _____ du 01.11.2017 est valide ».

Par décision sur opposition du 13 juillet 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 12 décembre 2017.

B. Par acte du 14 septembre 2018, X. _____, représenté par Me Alexa Landert, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, contre la décision sur opposition précitée, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'il a droit à des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2017, subsidiairement à une rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018 et plus subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. Sur le fond, il a soutenu que ses troubles neurologiques, à la fois sensitifs et moteurs, étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 31 août 2017 tel qu'attesté par les Drs T. _____, D. _____ et K. _____, du moins dans un premier temps, ce qui justifiait de lui reconnaître le droit au versement d'indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2017.

Dans sa réponse du 16 octobre 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée, renvoyant pour l'essentiel aux arguments développés à son appui. Elle a relevé ne jamais avoir contesté que le syndrome C7 gauche, autrefois présenté par le recourant, était en lien de causalité avec l'accident du 31 août 2014, précisant qu'il y avait toutefois lieu de considérer, en se basant sur l'appréciation du 12 juillet 2018 de la Dre F. _____, confirmée par le Prof. N. _____ du 13 avril 2018, que les troubles actuels ne pouvaient plus être mis en relation de causalité avec ce dernier.

Le 2 novembre 2018, le recourant a produit un compte-rendu de consultation auprès du Dr C._____, chirurgien orthopédique, du 28 septembre 2018, dont on extrait notamment ce qui suit :

« Actuellement, le patient est très gêné par des douleurs cervicales avec irradiation à la face externe du bras et douleurs et paresthésies des trois premiers doigts. Il n'a pas d'impulsivité à la toux et à l'éternuement. Il présente des phénomènes de crampes dans la main. Il est surtout très gêné dans les manœuvres effectuées par la main gauche (il était chauffeur de poids lourds et de grues et utilisait un joystick dans son travail, chose qu'il ne peut plus faire).

A l'examen, la mobilité du rachis cervical est limitée en extension. Il y a une ébauche de signe de Spurling en inclinaison latérale gauche. Sur le plan neurologique, les réflexes sont à peu près symétriques. Les réflexes tricipitaux sont abolis de chaque côté et il y a un déficit plutôt dans l'extenseur commun des doigts à gauche. Par contre, le diamètre du bras est identique à droite et à gauche.

[...]

Au total : il y a une séquelle d'une atteinte radiculaire C7, à la suite du traumatisme et qui actuellement se poursuit probablement en raison d'une uncodiscarthrose qui prédomine en C5/C6 gauche et qui à mon avis pérennise les phénomènes douloureux.

En ce qui concerne l'étiologie de cette atteinte C7 ; il y a également des éléments C8 - d'après l'électromyogramme réalisé à la Pitié Salpêtrière - il peut y avoir eu également une forme d'élongation du plexus brachial lors de l'accident.

Les propositions thérapeutiques sont évidemment d'ordre médical avec prescription de PREGABALINE. Evidemment si les symptômes persistent et en dernier recours : un geste de décompression par voie antérieure en C5/C6 gauche, après réalisation d'un myéloscanner peut lui être proposé ».

Répliquant le 11 février 2019, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a notamment fait valoir que le premier intervenant à avoir remis en cause le lien de causalité entre les atteintes et l'accident était le Dr M._____ dans son bilan final du 13 septembre 2017, qui se basait sur une interprétation erronée de l'appréciation du Dr K._____ du 28 avril 2017. Le recourant a en outre produit plusieurs pièces, parmi lesquelles un courrier du Dr D._____ du 23 janvier 2019, qui indiquait partager l'avis du Dr C._____ quant à la responsabilité de la fracture de l'apophyse transverse gauche de C7 responsable d'une paralysie de la racine C7, soulignant toutefois que les douleurs résiduelles du membre supérieur

gauche étaient de type neuropathique secondaire à la paralysie qui n'avait pas complètement récupéré. Le Dr D. _____ a en outre exposé qu'il ne partageait pas les conclusions des Drs M. _____ et K. _____, relevant que l'assuré ne s'était jamais plaint du rachis cervical avant l'accident, que la mise en évidence des lésions datait des examens liés à l'accident et que s'il existait effectivement une atteinte dégénérative du rachis cervical, le déficit avait été très aigu et brutal immédiatement après le traumatisme fracturaire. Il a finalement indiqué que le tableau clinique était cohérent et résultait du traumatisme de la racine C7 gauche.

Dans sa duplique du 20 mai 2019, l'intimée a confirmé ses conclusions, en s'appuyant sur l'appréciation neurochirurgicale du 16 mai 2019 de la Dre F. _____.

Dans un rapport du 23 août 2019, le Dr D. _____ a répondu aux questions du conseil de recourant. Il a indiqué que la paralysie dans le territoire radiculaire C7 gauche était une conséquence du traumatisme avec fracture de l'apophyse transverse de C7 gauche, ceci étant dû à la proximité de la racine avec l'apophyse transverse.

L'intimée s'est déterminée sur cet élément par écriture du 23 octobre 2019, indiquant avoir soumis le rapport médical du 13 juin 2019 à sa division médicale. Dans son rapport du 11 septembre 2019 joint à cette prise de position, la Dre F. _____ et sur lequel se base la CNA pour maintenir ses conclusions, contenait notamment ce qui suit :

« **Conclusion**

Assuré de 54 ans, chauffeur poids lourd, victime d'un accident de la circulation le 31.08.2014 (selon la déclaration d'accident le 22.09.2014), occasionnant une fracture de l'épaule G, une plaie du front à D, une perforation tympanique G et surtout une entorse cervicale et, sur le plan osseux, une fracture de l'apophyse transverse G de C7. Le diagnostic de *Whiplash injury* de grade I est décrit le 30.08.2014. par la suite, l'assuré présente un syndrome C7 déficitaire sur le plan sensitivomoteur, expliqué par une sténose foraminale sévère C6/7 d'origine dégénérative avec vraisemblance prépondérante chez un assuré avec des sténoses foraminales cervicales prononcées déjà en 2014.

En l'absence de lésion structurelle au niveau de la colonne cervicale, mis à part une fracture de l'apophyse transverse de C7 G au

scanner, plus visible ni décrite à l'IRM cervicale du 08.01.2015, entre-temps consolidée avec vraisemblance prépondérante, absence de causalité avec les plaintes de l'assuré avec vraisemblance prépondérante.

A plus de 4 ans de l'accident, on peut considérer que la situation médicale est largement stabilisée. Le diagnostic de *Whiplash injury* de grade I et l'absence de déficit structurel au niveau du bilan radiologique, mis à part une fracture de l'épineuse C7, confirment que les troubles actuels ne sont plus en relation de causalité avec l'accident du 22.09.2014.

Réponse aux questions

Les arguments apportés par le Dr D. _____ dans son courrier du 13.06.2019 sont-ils de nature à modifier l'appréciation neurochirurgicale du Prof. F. _____? Pourquoi ?

Non. Il n'[y] a pas de nouveaux éléments médicaux ».

Le recourant, par son conseil, s'est déterminé sur l'écriture précitée le 14 janvier 2020. Il a réitéré le grief selon lequel le Dr M. _____ avait fait une appréciation erronée de la position du Dr K. _____. Il a également fait valoir que la Dre F. _____ avait modifié son diagnostic sans explication. Sur cette base, il a estimé que les rapports des médecins consultés par la CNA étaient contradictoires, de sorte qu'ils étaient dénués de toute valeur probante. Il a ainsi maintenu ses conclusions et requis, à titre subsidiaire, la mise en œuvre d'une expertise.

En droit :

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, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), 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. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis au versement d'indemnités journalières avec effet au 30 décembre 2017 pour les suites de l'événement du 31 août 2014.

3. Les modifications de la LAA introduites par la novelle 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 réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle.

aa) Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate

de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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. 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 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

bb) En cas d'état maladif antérieur, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et la référence citée). L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou

ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 107 p. 930).

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 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

5. 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) 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). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et

qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

6. En l'espèce, comme le relève à juste titre le Dr M._____, la situation de l'assuré est complexe, dès lors qu'elle mêle des lésions neurologiques et des lésions orthopédiques du membre supérieur gauche chez un patient travailleur de force. Ainsi, si le recourant se déclare rétabli pour ce qui concerne la fracture du médus gauche et la fracture du scaphoïde carpien droit, il se plaint toutefois de la persistance de cervico-brachialgies gauches avec des paresthésies dans les trois premiers doigts de la main gauche. Le recourant mentionne une douleur latéro-cervicale gauche irradiant à la face postérieure de l'épaule puis cheminant le long du triceps, la douleur aboutissant dans les trois doigts médians de la main gauche. Il signale en outre des crampes dans l'index et le médus gauche lorsqu'il effectue le moindre effort avec sa main gauche (cf. rapport médical du Dr M._____ du 13 septembre 2017).

L'intimée, se fondant sur les rapports de ses médecins conseils, et plus particulièrement sur les rapports des Drs M._____ et F._____, a considéré que le lien de causalité entre l'accident du 31 août 2014 et l'atteinte à la santé du recourant, singulièrement ses troubles à la colonne cervicale, avait cessé au 30 novembre 2017. Le Dr M._____, dont l'appréciation est par la suite reprise par la Dre F._____, estime en substance que les troubles actuels de la colonne cervicale ne sont plus en rapport avec l'événement accidentel, mais avec une atteinte dégénérative cervicale étagée (cf. rapports du Dr M._____ des 13 septembre et 31 octobre 2017). Pour arriver à cette conclusion, le Dr M._____, dans son bilan final du 13 septembre 2017, se base notamment sur l'avis de son confrère K._____ du 28 avril 2017, lequel aurait considéré que les troubles de la colonne cervicale ne résulteraient que d'une atteinte cervicale étagée.

Or, dans son rapport du 28 avril 2017, le Dr K._____ a relevé que le CT-scan du 2 décembre 2014 mettait en évidence sur le plan osseux une fracture de l'apophyse transverse gauche de C7 et des lésions

dégénératives sous forme de protrusions disco-ostéophyto-uncarthrosiques occasionnant notamment une sténose du canal rachidien, retenant dès lors sur le plan cervical la présence d'une fracture transverse de C7 du côté gauche dans un contexte de lésions dégénératives des vertèbres cervicales. Le Dr K._____ a également relevé que venaient s'ajouter des troubles neurologiques sensitifs et moteurs dont l'étiologie pouvait à la fois être dégénérative et une conséquence de la fracture de l'apophyse transverse de C7. Ce praticien est allé encore plus loin en indiquant que l'ENMG pratiquée par le Prof. N._____ confirmait nettement la présence de signes de dénervation réinnervation dont l'origine étiologique lui semblait davantage traumatique que dégénérative. Le Dr K._____ a finalement conclu son rapport du 28 avril 2017 en indiquant que l'origine des lésions nerveuses ne pouvait pas être attribuée de manière prépondérante à une origine dégénérative, raison pour laquelle la relation de causalité devait être admise.

Dès lors, force est de constater que le Dr M._____, dans son appréciation du 13 septembre 2017, a procédé à une interprétation erronée de l'avis de son confrère K._____, en retenant que ce dernier considérait que les troubles de la colonne cervicale ne résultaient que d'une atteinte cervicale étagée d'origine dégénérative. L'origine dégénérative des lésions cervicales, qui n'avait été considérée que comme probable par le Dr R._____ dans son rapport du 9 juin 2015, est également remise en cause par les précisions apportées par le Prof. N._____ dans son rapport du 13 avril 2018, complétant son ENMG du 7 décembre 2016. En effet, ce spécialiste a relevé que la présence de signes de perte axonale et de réinnervation collatérale, relevés lors de son examen du 7 décembre 2016, correspondait à la nature des anomalies que l'on observait à deux ans d'une lésion radiculaire traumatique, précisant que la topographie des anomalies témoignait d'une lésion des racines C7 et C8 situées de part et d'autre de la fracture C7. Le Prof. N._____ a dès lors considéré que les symptômes et signes cliniques correspondaient à ce que l'on observait après un traumatisme radiculaire et non à de simples lésions dégénératives.

Reprenant les conclusions du Prof. N._____, la Dre F._____ a, pour sa part estimé, dans son appréciation du 12 juillet 2018, que les troubles actuels n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 31 août 2014 mais les suites d'une atteinte dégénérative étagée, au motif que, selon le Prof. N._____, les plaintes du recourant seraient en dehors du territoire des racines C7 et C8. Le Dr D._____, quant à lui, retient que la paralysie dans le territoire radiculaire C7 gauche est une conséquence du traumatisme avec fracture de l'apophyse transverse de C7 gauche (cf. courrier du 23 août 2019 au conseil du recourant). Quant au Dr C._____, il expose dans son rapport du 28 septembre 2018 que l'atteinte radiculaire C7 fait suite au traumatisme et qu'elle se poursuit actuellement en raison des atteintes dégénératives.

Il existe ainsi des divergences conséquentes d'appréciation entre les différents médecins qui ont examiné l'assuré, respectivement son dossier médical.

Au vu de ce qui précède, il n'est pas possible, en l'état du dossier, de déterminer si les troubles présentés par le recourant au-delà du 30 novembre 2017, soit des cervico-brachialgies G avec des paresthésies dans les trois premiers doigts de la main gauche, sont à mettre sur le compte d'altérations dégénératives ou d'une lésion radiculaire traumatique.

7. a) Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d).

En l'occurrence, au vu des contradictions en cause, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, de

sorte que la question litigieuse de savoir si les troubles de la colonne cervicale dont est atteint le recourant au-delà du 30 novembre 2017 sont dus, ou non, à l'accident du 31 août 2014, ne peut être résolue. Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, afin qu'elle mette en œuvre une expertise conformément à l'art. 44 LPGA aux fins d'éclaircir la situation médicale de la colonne cervicale du recourant. Cela fait, il lui appartiendra de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant au-delà du 31 décembre 2017 - les indemnités journalières ayant été versées jusqu'à cette date -, singulièrement en appréciant les éventuels droits du recourant à une rente d'invalidité, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

8. a) En conclusion, le recours doit être admis et la cause renvoyée à la CNA pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer équitablement à 2'000 francs.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 13 juillet 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est

annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à X. _____ une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs).

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexa Landert (pour X. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :