

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 novembre 2010

---

Présidence de     Mme     THALMANN  
Juges     :     Mme Lanz Pleines et M. Neu  
Greffier     :     Mme     Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me François Magnin,  
avocat à Morges

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.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré) né en 1982, travaille pour le compte de T.\_\_\_\_\_ et, à ce titre, est assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ou SUVA) contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 11 janvier 2008, au guidon d'un scooter de T.\_\_\_\_\_, il s'est fait couper la route par un automobiliste alors qu'il circulait dans un giratoire.

Selon la déclaration d'accident signée par son employeur, l'assuré a subi une torsion des vertèbres cervicales. Il s'est rendu le même jour au Centre G.\_\_\_\_\_, où le Dr P.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un whiplash syndrom, secondaire à un accident de scooter.

Selon une note d'entretien téléphonique de la CNA du 24 janvier 2008, l'assuré a déclaré que les premiers jours après l'accident cela allait; dès le 3<sup>ème</sup> jour, les douleurs sont toutefois devenues insupportables, son état allant en se dégradant au lieu de s'améliorer (nuque nouée, douleurs au niveau des vertèbres cervicales et maux de tête). Le 31 janvier 2008, il a expliqué par téléphone également avoir peur en raison des nombreux problèmes médicaux depuis l'accident; il a précisé avoir même des pertes de mémoire à cause de la prise de morphine. Il a aussi expliqué que des migraines persistantes s'étaient installées malgré la prise de morphine et avoir rendez-vous avec le Dr A.\_\_\_\_\_ pour discuter de la nécessité de passer une IRM. Il a précisé ne pas avoir chuté avec son scooter mais avoir encaissé le coup et avoir tout retenu avec son corps.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> février 2008, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, retient comme diagnostic un whiplash syndrom, secondaire à un accident de scooter avec amnésie circonstancielle. Il indique de fortes céphalées et un syndrome cervical aigu avec contracture des trapèzes et par la suite des vertiges sur AINS

arrêté. Comme traitement, il mentionne de la physiothérapie, une minerve et des médicaments. Il dit en outre avoir observé une évolution favorable de la mobilité cervicale.

Il résulte du rapport du 11 janvier 2008 de la Dresse O. \_\_\_\_\_ relatif à la radiographie de la colonne cervicale et de la colonne lombaire de l'assuré notamment ce qui suit :

"Bon alignement des corps vertébraux cervicaux et lombaires. Pas de tassement vertébral appréciable. Bon alignement des apophyses épineuses et des lames. Aspect symétrique des articulations atanto-axoïdiennes. Pas d'effet de masse paravertébral. Structure osseuse globalement SP."

Le 8 février 2008, une IRM cérébrale a été effectuée. Dans le rapport y relatif, le Dr K. \_\_\_\_\_ conclut :

"Probable kyste pinéal. N'étant cependant pas spécifique et considérant une petite cloison centrale, il doit faire l'objet d'un contrôle d'évolutivité à 4 et à 12 mois. Pas de lésion suspecte de nature post-traumatique. Touche de sinusite polypoïde chronique maxillaire gauche. Ebauche d'une sinusite chronique non polypoïde maxillaire droite et ethmoïdale. Plusieurs petits kystes pharyngés médio-postérieurs, à corrélérer, si nécessaire, avec l'examen ORL."

Le 11 février 2008, le Dr A. \_\_\_\_\_ a signé un certificat médical mentionnant que le travail pouvait être repris à 100 % dès le 12 février 2008.

Dans un rapport médical du 22 février 2008, le Dr A. \_\_\_\_\_ indique que le cas est terminé, l'assuré étant maintenant en arrêt de travail pour cause de maladie.

Le 22 février 2008, l'assuré a rempli un questionnaire que lui avait adressé la CNA, dans lequel il a indiqué que le traitement médical était terminé.

Il résulte d'un procès-verbal d'entretien du 27 février 2008 entre l'assuré et un représentant de la CNA notamment ce qui suit :

"Le 11.01.2008, j'avais terminé ma tournée sur la Pontaise et rentrais à T.\_\_\_\_\_. En prenant le petit giratoire de la place de la Riponne (en bas — Pierre-Viret Université), M. [...] ne m'a pas vu et s'est engagé. J'ai alors heurté son aile avant gauche. Lors de cet accrochage, j'ai tout retenu avec mes épaules, ma nuque, mes bras et mes jambes pour ne pas chuter. De ce fait, j'ai réussi à maintenir le scooter et à m'appuyer des 2 mains sur le capot de la voiture du tiers responsable.

Lors de cet effort important, je n'ai pas ressenti particulièrement de problème dans l'immédiat et n'envisageais pas de me rendre chez un médecin. Mon chef m'a toutefois envoyé le jour même à G.\_\_\_\_\_ pour un contrôle et des radiographies.

Dans les jours suivants (2 jours), j'ai commencé à avoir de plus en plus mal dans la tête, avec un sentiment d'étau depuis les 2 tempes et sur la tête. Mon chef m'a même dit que je devenais agressif avec les clients et les collègues. Le lundi, ayant de la peine à me lever, je me suis rendu directement chez le Dr A.\_\_\_\_\_. Il m'a ausculté, a regardé les anciennes radios, procédé à plusieurs mesures et posé le diagnostic de "torsion grave ces cervicales". Il m'a alors prescrit un arrêt de travail de 100 %, des médicaments et 9 séances de physiothérapie.

Un rapport de police a été établi dans ce cas et je l'ai reçu ce jour. Il ne retient des torts que pour le tiers.

Comme la douleur persistait dans la tête et que la nuque présentait toujours une légère douleur continue, malgré les médicaments et le traitement, le Dr A.\_\_\_\_\_ m'a finalement fait passer une IRM le 04.02.08.

(.....)

Je continue à avoir mal en permanence (sensation d'étau) à la tête.

La nuque : elle va bien mais elle bloque encore parfois. J'ai aussi des fois des lancées. Il semblerait que cela soit normal. Ce n'est pas cela qui m'empêcherait de travailler.

Perte de mémoire : j'oublie de plus en plus les choses et j'ai des trous noirs qui me provoquent des chutes. J'ai fait notamment une pré-syncope due aux maux de tête. Dernièrement, le 21.02.08, j'ai également chuté dans mon appartement me blessant au coude droit (coupure profonde — médicaments sous forme de pommades prescrits par le Dr A.\_\_\_\_\_ et que j'ai payés de ma poche). La croûte est présente et le coude ne fait pas particulièrement mal mais les médicaments pour le reste aident sûrement.

Le physique en général : je manque de force, vraisemblablement lié aux médicaments.

Je dois revoir le Dr A.\_\_\_\_\_ le 29.02.08 pour l'état général actuel et mon arrêt de travail car avec les médicaments pris, je ne peux pas travailler."

Dans un rapport du 2 avril 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, indique notamment ce qui suit :

"Diagnostics :

- Céphalée attribuée à un whiplash
- Dépression

Antécédents actuels :

Amygdalectomie. Traumatisme crânien il y a deux ans. Dépression en 2000 et dès décembre 2007. Obstruction nasale.

Médicaments: Cipralex 2 cp/jour, Xanax 3 mg/jour, Distraneurin 2 cp/jour, Zaldiar, Tramadol à la demande, antibiotique.

Anamnèse actuelle :

Le 11.01.08, à scooter, le patient a eu la route coupée par une voiture alors qu'il roulait à 35 km/heure. Il s'est retrouvé avec les mains sur le capot de la voiture. Il a été à G. \_\_\_\_\_ où il a eu un bilan radiologique. On a parlé de distorsion cervicale. Le patient a développé dès le 14.01.08 des cervicalgies et des céphalées temporo-pariétales à prédominance gauche ainsi que des douleurs au vertex, constrictives, continues, intenses, sans nausées mais avec une photophobie. Le Brufen a été inefficace. Le patient prend du Zaldiar jusqu'à 3 cp/jour et au besoin du Tramadol en gouttes. Il a aussi eu de la physiothérapie. Les cervicalgies vont mieux mais le patient se plaint toujours des céphalées qui nécessitent la poursuite des analgésiques. Le patient se plaint aussi de troubles du sommeil, d'une fatigue, d'épisodes de malaise et de flou visuel ainsi que de troubles de la mémoire, de troubles sexuels et d'une difficulté à uriner. Il n'a pas repris son travail depuis l'accident. Il est en conflit avec la SUVA.

Le rapport de l'IRM cérébrale du 08.02.08 mentionne un probable kyste pinéal, un épaississement muqueux des sinus maxillaires et plusieurs kystes pharyngés.

Examen neurologique

Normal

Appréciation

Les céphalées qui sont apparues rapidement après l'accident peuvent être ainsi attribuées à une distorsion cervicale par des mécanismes d'accélération et de décélération.

Les diverses anomalies décrites à l'IRM cérébrale me semblent sans relation avec l'accident.

La mauvaise évolution des céphalées est probablement favorisée par la dépression. Le traitement se révèle difficile."

Après avoir pris connaissances des rapports des Drs A. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, des rapports de radiographie cervicale et de l'IRM, le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, observe, le 15 avril 2008, que ces derniers rapports ne décrivent aucune lésion imputable à un accident, ce que confirme le Dr W. \_\_\_\_\_, qui attribue la mauvaise évolution des céphalées à un état dépressif.

Par décision du 18 avril 2008, la CNA, se fondant sur l'appréciation des Drs A. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, selon lesquels les troubles qui subsistent ne sont plus dus à l'accident mais exclusivement de nature malade, a clos le cas avec effet au 12 février 2008 et mis fin aux prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement).

Dans une lettre du 5 mai 2008 adressée au Dr A. \_\_\_\_\_, le Dr W. \_\_\_\_\_ indique notamment ce qui suit :

"Les céphalées me semblent cependant bien en relation avec le whiplash et non avec les anomalies décrites à l'IRM cérébrale. Comme il y a un échec médicamenteux, je pense qu'on pourrait envisager d'effectuer des infiltrations cervicales. Dans ce but, je souhaite que le patient soit convoqué par le Dr F. \_\_\_\_\_ à la consultation de la douleur de la Clinique [...]."

Dans une lettre du 13 mai 2008 adressée au conseil de l'assuré, le Dr W. \_\_\_\_\_ écrit qu'au vu de la relation chronologique entre l'apparition des céphalées et l'accident, on peut admettre que la céphalée peut être attribuée au traumatisme cervical. Il indique que le mécanisme étant une entorse cervicale simple, la majorité des patients guérissent sans séquelles. Il ajoute qu'il est difficile de déterminer si les lésions provoquées par l'accident justifient encore une incapacité de travail, une expertise lui semblant nécessaire pour répondre à cette question. Enfin il précise que l'on peut suspecter que l'état dépressif antérieur joue un rôle défavorable.

Le 19 mai 2008, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil l'avocat François Magnin, a formé opposition à la décision de la CNA du 18 avril précédent.

Dans un rapport du 20 mai 2008, le Dr C. \_\_\_\_\_ mentionne notamment ce qui suit :

**"APPRECIATION DU CAS:**

La question nous est posée de savoir si les troubles présentés actuellement par cet assuré peuvent être mis en relation avec l'événement du 11.01.2008. Nous relèverons ici que les troubles actuels ne sont pas apparus de façon strictement contemporaine à l'accident mais seulement après environ trois jours.

Nous soulignerons également l'évolution favorable des troubles cervicaux décrite par le Dr A. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 01.02.2008.

Nous noterons aussi que les investigations cervicales et l'IRM n'ont démontré aucune lésion ostéoarticulaire ou cérébrale imputable à un accident susceptible d'expliquer les troubles actuels et leur persistance. Le Dr W. \_\_\_\_\_ évoque également le rôle d'un état dépressif dans la mauvaise évolution des céphalées.

Il n'exclut pas une relation entre les céphalées et le traumatisme cervical mais précise ensuite que la majorité des patients guérissent d'une entorse cervicale simple sans séquelles.

Il ne retient par ailleurs pas explicitement une relation entre l'incapacité de travail actuelle et les lésions provoquées par l'accident.

Nous noterons accessoirement que l'IRM cérébrale a démontré des comorbidités ORL (sinusite) ainsi qu'un probable kyste pinéal, affections indépendantes de l'accident.

C'est donc à juste titre que le Dr A. \_\_\_\_\_ conclut le 22.04.2008 que l'accident est terminé et que les troubles actuels relèvent de l'assurance maladie. L'entorse cervicale simple consécutive à l'accident du 11.01.2008 a en effet tout au plus pu passagèrement aggraver ou contribuer à révéler des troubles latents indépendants de l'accident (état dépressif, comorbidité ORL et kyste pinéal). Il nous paraît cependant hautement vraisemblable que 3 mois après l'accident ou au plus tard au 22.04.2008, date à laquelle le Dr A. \_\_\_\_\_ nous confirme la fin du traitement pour le cas accident, ce dernier avait entièrement cessé de déployer ses effets.

Nous ne nous prononcerons pas ici sur l'adéquation entre la dépression diagnostiquée par le Dr W. \_\_\_\_\_ et l'accident, l'appréciation d'une telle relation, qui reste à démontrer, ne relevant pas de notre compétence."

Dans sa décision sur opposition du 16 juin 2008, la CNA a confirmé son premier prononcé.

**B.** Par acte du 10 juillet 2008, J. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition précitée, en concluant à sa réforme en ce sens que la CNA est tenue d'allouer au recourant jusqu'à la date qui sera précisée en cours d'instance les prestations prévues par la loi pour les suites de l'accident du 11 janvier 2008. Il a requis une expertise.

La CNA a conclu au rejet du recours.

J. \_\_\_\_\_ a produit les rapports médicaux suivants :

- Une lettre du 4 juillet 2008 adressée au Dr W. \_\_\_\_\_ par le Dr F. \_\_\_\_\_ qui relève notamment ce qui suit :

"Monsieur J. \_\_\_\_\_ présente une symptomatologie douloureuse sous la forme de céphalées accompagnées également de cervicalgies droites. Monsieur J. \_\_\_\_\_ a subi en janvier de cette année un accident en scooter qui, très clairement, est le point de départ de céphalées, probablement d'un whiplash syndrom. Cette symptomatologie est tout à fait classique de ce genre d'accident et, comme clairement décrit par Nicolaï Bogduk dans la littérature, une

atteinte articulaire postérieure des cervicales peut être à l'origine de ce problème.

Ceci intervient dans le cadre d'un patient qui a connu par le passé des troubles psychiatriques et une hospitalisation dans ce cadre. Une relation de causalité entre l'accident et les plaintes actuelles du patient sont tout à fait plausibles et les antécédents du patient ne sont pas nécessairement impliqués.

L'important est bien entendu de tenir compte du handicap psychologique du patient dans cette situation clinique et d'éviter une chronicisation de la douleur en prenant les choses de manière très systématique pluridisciplinaire et certainement sans amalgame entre les situations qui probablement sont indépendantes au départ."

- Une lettre du 1<sup>er</sup> octobre 2008 adressée au Dr A. \_\_\_\_\_ par le Dr F. \_\_\_\_\_, dont il résulte ce qui suit :

"Je revois Monsieur J. \_\_\_\_\_ en consultation en date du 26.09.08, soit 6 semaines après avoir effectué une thermo-coagulation par radio-fréquence des branches médianes C2 à C6 droites.

Comme je l'ai décrit dans ma première lettre, je pense que Monsieur J. \_\_\_\_\_ souffre d'un équivalent de Whiplash syndrom impliquant les articulaires postérieures au niveau cervical.

Nous avons testé cette hypothèse par des blocs facettaires sélectifs à deux reprises et obtenu un soulagement temporaire en relation avec le produit anesthésique utilisé. Fort de ce résultat, nous avons ensuite procédé à une thermo-coagulation par radio-fréquence des branches médianes innervant les niveaux facettaires concernés et actuellement Monsieur J. \_\_\_\_\_ décrit une nette amélioration de la symptomatologie à droite. Il prend encore régulièrement du Zaldiar® et sous ce traitement n'a plus de douleur à droite. Il décrit une sensation de bosse dans la région où l'intervention a été pratiquée mais cette dernière est certainement plutôt une légère tuméfaction en relation avec l'intervention et cette tuméfaction va diminuer avec les semaines qui passeront.

Reste actuellement donc le problème gauche. A priori, il est très probable qu'à gauche le patient ait les mêmes problèmes qu'à droite et que dans ce sens nous puissions également agir positivement. Avant d'effectuer une radiofréquence toutefois, je devrai à nouveau effectuer des blocs facettaires pour orienter notre traitement. Monsieur J. \_\_\_\_\_ est d'accord avec le principe et viendra encore à quelques reprises effectuer ce traitement qu'il a courageusement supporté."

- Les réponses du 31 octobre 2008 du Dr F. \_\_\_\_\_ aux questions du conseil du recourant, selon lesquelles un bloc facettaire cervical gauche a été effectué le 10 octobre 2008, la thermo-coagulation par radio-fréquence à gauche étant prévue le 18 novembre 2008. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a précisé en outre qu'il n'y avait pas de doute sur la relation de causalité entre ces interventions et l'accident.

- Une lettre du 19 mai 2009 adressée au conseil du recourant par le Dr F. \_\_\_\_\_ dont il résulte ce qui suit :

"Monsieur J. \_\_\_\_\_ va nettement mieux, comme décrit dans les lettres précédentes; il est clair que le patient souffrait d'un Whiplash impliquant les articulaires postérieures cervicales.

Actuellement, la situation à droite est excellente, le patient décrit une très nette amélioration de la symptomatologie et vit relativement normalement. A gauche, nous devons réitérer des tests dont le premier épisode avait été fait dans des conditions difficiles pour le patient, en pleine séparation, crise conjugale. Je pense que nous avons eu l'approche un peu faussée par le contexte.

D'entente avec Monsieur J. \_\_\_\_\_ qui a une demande très forte dans ce sens, nous allons effectuer à nouveau les blocs facettaires C2-C6 à gauche à 2 reprises pour avoir un test complet cette fois-ci avant d'envisager une thermo-coagulation par radio-fréquence à gauche. La situation me paraît extrêmement favorable. Monsieur J. \_\_\_\_\_ est parfaitement adéquat, collaborant. J'ai bel espoir que nous puissions obtenir à gauche le même résultat que nous avons obtenu à droite."

- Une lettre du 20 août 2009 adressée au Dr A. \_\_\_\_\_ par le Dr F. \_\_\_\_\_ dont il résulte ce qui suit :

"Monsieur J. \_\_\_\_\_, comme vous le savez, a bénéficié de blocs facettaires cervicaux suivis de thermo-coagulation par radio-fréquence ddc, actuellement avec un résultat tout à fait favorable. Il a vraiment bien récupéré sur le plan de la douleur; il reste encore actuellement une irritation des émergences du nerf d'Arnold ddc que nous allons traiter par infiltrations répétées prochainement. Monsieur J. \_\_\_\_\_ a, tout à fait courageusement, entrepris ce traitement parfois pénible, il a réussi à retrouver une activité professionnelle et à maintenir psychologiquement le cap, ce que je trouve tout à fait remarquable dans cette situation qui a été difficile. Je vous tiendrai au courant de la suite de son évolution sur le plan des névralgies occipitales qui sont tout à fait clairement en relation avec une atteinte cervicale."

- C.** Le dossier AI a été produit. Y figure notamment un rapport d'expertise établi le 11 mars 2009 par les Drs N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, du Centre d'expertises médicales (ci-après : CEMED) de Nyon, l'expertise ayant eu lieu le 27 novembre 2008. Il résulte de ce rapport notamment ce qui suit :

Synthèse et conclusions:

Sur le plan somatique M. J. \_\_\_\_\_, qui souffre de longue date de lombalgies, se plaint depuis un accident survenu le 11.1.2008 de douleurs cervico-céphaliques avec irradiations douloureuses et

troubles sensitifs au niveau du membre supérieur gauche. Il mentionne également la persistance de lombalgies déjà présentes avant l'événement accidentel, sans sciatgies associées ni troubles sensitivo-moteurs.

Comme mentionné ci-dessus, l'examen clinique est sans anomalie en dehors d'une limitation à caractère essentiellement antalgique de la mobilité du rachis cervical et lombaire. Il n'y a aucune anomalie significative du système nerveux central et périphérique, notamment pas d'éléments en direction d'une atteinte radiculaire tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs et médullaire. Nous avons revu les documents radiologiques à disposition. En dehors de très discrets troubles statiques et dégénératifs, les radiographies standards de la colonne cervicale et lombaire, les radiographies fonctionnelles cervicales et enfin l'IRM cervicale et lombaire ne révèlent aucune anomalie significative tant de nature post-traumatique que dégénérative ou malformative. L'IRM cérébrale démontre effectivement un probable kyste pinéal à surveiller mais très certainement sans traduction clinique, notamment en ce qui concerne les maux de tête.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, M. J. \_\_\_\_\_ a vraisemblablement subi le 11.1.2008 un traumatisme cervical mineur de type distorsion banale, l'ensemble des éléments à notre disposition permettant d'écarter l'hypothèse d'une atteinte structurelle modérée ou majeure du système locomoteur et nerveux (central et périphérique).

Moins de deux ans après l'événement accidentel, on peut admettre, en relation de causalité maintenue avec l'événement accidentel, la persistance de cervico-céphalalgies modérées. Il est probable que ces cervico-céphalalgies sont entretenues/péjorées par l'état psychologique du sujet et le conflit professionnel.

Sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement actuellement en cours en évitant des mesures par trop agressives au niveau cervical. En effet, il est peu probable que la poursuite de blocs facettaires et de neurotomie par radiofréquence soit de nature à améliorer significativement la situation. De ce fait, il vaudrait probablement mieux limiter les mesures invasives.

En ce qui concerne la capacité de travail, d'un point de vue somatique, nous n'avons aucun élément pour retenir une incapacité de travail significative tant en relation de causalité avec l'événement accidentel qu'indépendamment de ce dernier au jour de l'examen. Dans l'activité exercée actuellement par M. J. \_\_\_\_\_, on doit donc considérer que, du point de vue somatique, la capacité de travail est complète (plein-temps avec un rendement de 100 %).

Sur le plan psychique il y a certainement une intrication et un renforcement réciproque entre les manifestations dues à l'accident de janvier 2008 et des facteurs étrangers à l'accident (fragilité de la personnalité, trouble anxieux, rupture sentimentale). Les douleurs dues à la distorsion cervicale sont certainement accrues par les tensions liées à l'anxiété, et réciproquement. Il existe des éléments psychiques qui sont, pour partie antérieurs à l'accident (personnalité borderline, TOC), pour partie postérieurs à celui-ci (recrudescence de la symptomatologie anxio-dépressive suite à une rupture sentimentale en juillet 2008).

Etant donné la relative sévérité des troubles psychiques et leur aggravation par les suites du whiplash, nous proposons de reconnaître à l'expertisé une incapacité de travail totale pendant un an à compter de l'accident. Ensuite, on peut attendre une

atténuation de la part des troubles imputables aux suites somatiques de l'accident, et évaluer la capacité de travail à 50 % dès février 2009 sur la base des seuls troubles psychiques (notamment fatigabilité due au comportement obsessionnel, difficulté d'assurer un rendement constant en raison des fluctuations de la symptomatologie anxio-dépressive). Le psychiatre traitant recommande que l'expertisé puisse être orienté vers une autre activité que celle de facteur sur un scooter, plutôt vers une activité de bureau.

#### Traitement et pronostic

Etant donné la complexité de la pathologie et du nombre de facteurs impliqués, il est difficile d'établir un pronostic à long terme. Le trouble borderline se caractérise par des crises à répétition, parfois incapacitantes, mais avec une récupération quasi ad integrum entre les crises. Le traitement psychothérapeutique est difficile, il consiste à aider le patient à prévenir les crises et surtout apprendre à mieux les gérer. Si les crises ne sont pas trop sévères, pas trop durables et pas trop rapprochées, le trouble borderline n'entraîne donc pas d'incapacité de travail durable. Pour ce qui est de l'expertisé, il traverse encore la crise due à la survenue de l'accident et de la rupture sentimentale de juillet 2008. La précédente crise, celle de 2000, montre que les décompensations peuvent être sévères et longues. Elle montre aussi que l'expertisé peut en sortir et ne pas présenter de nouvelle décompensation avant plusieurs années. L'absence de facteurs de gravité, comme les automutilations, les comportements suicidaires, le recours aux toxiques, est de bon pronostic, de même que l'acceptation d'un traitement spécialisé. Dans ces conditions il paraît raisonnable d'espérer une reprise complète de la capacité de travail après une période de six mois à 50 %, soit juillet 2009.

Quant au TOC, il pourrait faire l'objet d'un traitement ciblé, soit médicamenteux, soit psychothérapeutique. Sur le plan pharmacologique, on recommande des doses élevées d'un sérotoninergique, par exemple la sertraline. La dose actuelle est adaptée pour le traitement de la dépression, mais est probablement insuffisante pour attaquer le TOC. Sur le plan psychothérapeutique, le traitement de choix du TOC est la thérapie cognitivo-comportementale. Il faut toutefois prendre en compte le fait que, chez le sujet borderline, les comorbidités associées au trouble de la personnalité, y compris lorsqu'il s'agit de TOC, sont très fluctuantes. En particulier le TOC est généralement moins ancré et rigide que chez les patients non borderline. De ce fait, il est plus "volatile" et peut disparaître du jour au lendemain, même sans traitement. Lorsqu'elle survient, cette évolution est souvent le résultat d'un événement de vie favorable, souvent une rencontre heureuse, qui a pour effet de calmer l'angoisse d'abandon qui est au cœur de la pathologie borderline.

(...)

#### Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

##### 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

o Trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31)

Le second depuis l'adolescence.

o Trouble obsessionnel-compulsif (F42)

Le TOC depuis 4 ans environ, anamnestiquement.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

o Status après probable distorsion cervicale simple le 11.1.2008.

o Cervico-céphalalgies persistantes entretenues/majorées par des facteurs psychiques.

o Lombalgies banales présentes depuis de nombreuses années

o Troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis.

o Episode dépressif probablement moyen, en rémission partielle.

#### 5. Appréciation du cas et pronostic

Cf. ci-dessus.

#### B Influences sur la capacité de travail

##### 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Sur le plan physique

Aucune limitation significative n'est objectivée sur la base des plaintes ainsi que des constatations cliniques et paracliniques.

Sur le plan psychique et mental

Fatigabilité, difficulté à maintenir le focus (distraction par les intrusions obsessionnelles et l'accomplissement des rituels). A cela s'ajoute la fluctuation persistante de l'humeur due à la période de crise traversée actuellement par l'expertisé, qui a les mêmes effets (troubles cognitifs).

Sur le plan social

Pas de limitations

##### 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Sur le plan somatique les troubles dont se plaint M. J. \_\_\_\_\_ n'entraînent aucune incapacité de travail.

Sur le plan psychique il a probablement existé une incapacité de 100 % depuis la date de l'accident, pendant un an. Ensuite, on peut escompter une capacité de 50 %. Les causes de l'incapacité sont indiquées à la réponse à la question B1.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Sur le plan somatique la capacité de travail est complète (plein-temps avec un rendement de 100%).

Sur le plan psychique incapacité de 100% durant un an depuis la date de l'accident, pendant un an, puis 50%.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui dans quelle mesure (heures par jour)?

Sur le plan somatique l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à plein-temps.

Sur le plan psychique oui; éventuellement envisager une réorientation vers une activité de bureau, selon proposition du médecin traitant.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?

Sur le plan somatique il n'y a pas de diminution du rendement.

Sur le plan psychique non, pas avec le taux d'incapacité indiqué plus haut.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?

Sur le plan somatique il n'y a pas eu d'incapacité de travail significative, hormis une période d'incapacité de travail complète dans les suites immédiates de l'accident.

Sur le plan psychique on peut estimer qu'en raison du cumul des éléments directement imputables à l'accident (douleurs persistantes et autres symptômes résiduels du whiplash) et des facteurs psychiques additionnels l'incapacité totale s'est prolongée sur une

période d'une année. Un an après l'accident, l'incapacité résiduelle, pour motif psychique (TOC + crise favorisée par le trouble borderline) peut être estimée à 50 % (cf. discussion pour la justification).

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Sur le plan somatique la capacité de travail est restée complète au-delà de la période immédiate après l'événement accidentel du 11.1.2008, il n'y avait pas d'incapacité de travail au moment du dépôt de la demande de prestation AI.

Sur le plan psychique, 100% durant un an depuis l'accident, puis 50%.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(é) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui, sauf réserve du médecin traitant, souhaitant un changement d'activité. Sur le plan strictement psychiatrique, il ne nous paraît pas y avoir d'indication à une réadaptation professionnelle.

C Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Si oui prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons?

Sur le plan somatique, théoriquement oui, mais elles ne sont en principe pas indiquées étant donné que la capacité de travail est restée complète dans l'activité exercée jusqu'ici.

Pas d'indication à de telles mesures du point de vue psychique.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

2.1 Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Sur le plan somatique, il n'y a en principe pas d'indication à des mesures quelles qu'elles soient étant donné que la capacité de travail est restée complète dans l'activité exercée jusqu'ici. On relèvera néanmoins que M. J. \_\_\_\_\_ est apparemment insatisfait de sa fonction de facteur. Dans la mesure du possible, il conviendrait que " T. \_\_\_\_\_ " lui trouve une activité plus adaptée à ses aspirations, étant donné que M. J. \_\_\_\_\_ possède un CFC de vente. Dans le cas contraire, peut-être serait-il plus simple que M. J. \_\_\_\_\_ change d'employeur et se trouve une activité adaptée à ses souhaits. Il s'agit là bien entendu d'un changement d'orientation dans laquelle l'AI n'a pas à intervenir. Parallèlement, il convient de poursuivre le traitement actuellement en cours, tout en évitant des mesures par trop invasives étant donné le contexte psychologique.

Sur le plan psychique, cf. supra pour les recommandations thérapeutiques.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Sur le plan psychique, difficile à dire en raison du nombre de facteurs impliqués et du caractère polymorphe et versatile des troubles associés à la personnalité borderline. Pour le moment, on devrait pouvoir exiger une activité à 50 % un an après l'accident, soit à partir de février 2009. Ensuite, on peut espérer une

récupération complète de la capacité de travail dans un délai de 6 mois, mais l'évolution clinique devra être prise en compte.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e)?

3.1 Si oui à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Il s'agit d'une question en principe sans objet étant donné que M. J. \_\_\_\_\_ possède une pleine capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici. Reste que toute activité correspondant à la formation de l'assuré est exigible à un taux de 100 % (plein-temps avec un rendement complet).

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

Sur le plan somatique à plein-temps.

Sur le plan psychique à 50% à partir de février 2009.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure?

Sur le plan somatique, non.

Sur le plan psychique, non."

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile (art. 38 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 58 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme, est recevable.

**b)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le requérant soutient que la CNA doit poursuivre l'octroi de ses prestations au-delà du 12 février 2008.

**a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte.

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"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 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 p. 181; 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2e éd., n° 79, p. 865).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que

l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 80 p. 865).

En matière de lésions au rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 335 sv. consid. 2; 117 V 359 sv. consid. 4b).

L'existence de lésions au rachis cervical doit être confirmée par des données médicales fiables. Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se manifestent (TF 8C\_792/2009 du 1er février 2010, consid. 6.1 avec d'autres références).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a précité). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 688c, p. 1025). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

c) En l'espèce, le diagnostic de wiplash syndrom (ou "coup du lapin") a été diagnostiqué. Quant aux plaintes du recourant sur le plan somatique, les Drs O.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_, A.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ne décrivent aucune lésion en relation avec l'accident. Les experts non plus. Le Dr W.\_\_\_\_\_ retient que les céphalées sont en relation avec l'accident, mais attribue leur mauvaise évolution à un état dépressif. Cet avis est partagé par les experts selon lesquels les cervico-céphalalgies sont entretenues voire péjorées par l'état psychologique du recourant, le conflit professionnel et la rupture sentimentale de juillet 2008. Les experts relèvent en outre que, sur le plan thérapeutique, il convient d'éviter des mesures par trop agressives au niveau cervical dès lors qu'ils estiment peu probable que la poursuite de blocs facettaires et de neurotomie par radiofréquence soit de nature à améliorer significativement la situation. Tant les experts que les Drs A.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ne retiennent pas d'incapacité de travail sur le plan somatique. Le Dr W.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur ce point.

Concernant les troubles somatiques, le rapport d'expertise, qui souscrit aux réquisits jurisprudentiels et n'est mis en doute par aucun autre rapport médical, a ainsi valeur probante. Force est dès lors de ne retenir aucune incapacité de travail sur le plan somatique.

Sur le plan psychique, les experts estiment qu'il y a certainement une intrication et un renforcement réciproques entre les manifestations dues à l'accident de janvier 2008 et des facteurs étrangers à l'accident, les douleurs dues à la distorsion cervicale étant certainement accrues par les tensions liées à l'anxiété, et réciproquement; ils relèvent également l'existence d'éléments psychiques qui sont, pour partie antérieurs à l'accident (personnalité borderline, trouble obsessionnel compulsif), pour partie postérieurs à celui-ci (recrudescence de la symptomatologie anxio-dépressive suite à une rupture sentimentale en juillet 2008). Etant donné la relative sévérité des troubles psychiques et leur aggravation par les suites du whiplash, ils proposent de reconnaître une incapacité de travail totale pendant un an à compter de l'accident puis de 50 % à partir de février 2009, d'une durée de 6 mois dès lors que

l'on peut attendre une atténuation de la part des troubles psychiques imputables aux suites somatiques de l'accident. L'incapacité de travail à 50 % est ainsi due aux seuls troubles psychiques (notamment fatigabilité due au comportement obsessionnel, difficulté d'assurer un rendement constant en raison des fluctuations de la symptomatologie anxio-dépressive).

Les conclusions des experts ne sont infirmées par aucun autre rapport médical émanant d'un spécialiste en psychiatrie. Le rapport d'expertise repose sur un examen clinique et anamnestique complet, contient des diagnostics clairs et des conclusions convaincantes. La Cour de céans considère que l'expertise du CEMED a pleine valeur probante, faisant siennes ses conclusions.

**3.** Cela étant, il convient de déterminer si les troubles de la santé que présente le recourant sont encore dus à l'accident dont il a été victime en janvier 2008 et qui, selon lui, justifie la poursuite des prestations de l'intimée (frais médicaux et indemnités journalières) au-delà du 12 février 2008. Cela revient donc à examiner la question de la causalité adéquate entre l'accident de janvier 2008 et les troubles de la santé.

**a)** 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. p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405, 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références).

En cas d'atteinte à la santé physique, ce lien est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les

accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves.

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

**ba)** Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique, on applique les mêmes critères que pour une atteinte psychique (ATF 115 V 133 et 403) en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques. L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement, ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99; RAMA 2002 n° U 465 p. 437 consid. 3b [U 164/01]) ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type "coup du lapin", d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b [U 96/00] cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 125 sv.; TF 8C\_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 3.2, et 8C\_591/2007 du 14 mai 2008, consid. 3.1).

Les critères à examiner pour un accident de gravité moyenne sont alors les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (ATF 115 V 133 consid. 6 p. 139 s., 403 consid. 5c/aa p. 408 s.).

**bb)** Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, ne sont pas relégués au second plan par une atteinte psychique on applique par analogie les mêmes critères que pour une atteinte psychique (cf. supra consid. 7.a), mais avec certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 10.3). Ces critères pour un accident de gravité moyenne sont désormais formulés de la manière suivante :

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

A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type "coup du lapin", il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 sv. consid. 3b).

**c)** Il convient dans un premier temps d'analyser la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. Pour procéder à cette classification, il faut non pas s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (TFA U 214/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.3).

**ca)** En l'espèce, le recourant s'est fait couper la route par un véhicule alors qu'il circulait au guidon d'un scooter dans un giratoire. Il a heurté l'aile avant gauche de ce véhicule et a maintenu le scooter, s'appuyant des deux mains sur le capot de la voiture. Le recourant n'a pas subi de lésion objectivement constatable. Cela étant, il convient de qualifier l'accident, à l'instar de la décision attaquée, comme étant de gravité moyenne, à la limite de ceux de peu de gravité. Il découle de cette qualification que les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c p. 140, 403 consid. 5c p. 409).

**cb)** Dans le cas particulier, il s'avère que les troubles somatiques en relation avec l'accident, savoir les céphalées, n'entraînent pas d'incapacité de travail selon les experts, alors que tel est le cas des troubles psychiques diagnostiqués (trouble de personnalité borderline, TOC), lesquels ont été décompensés par l'accident selon les experts. Il apparaît dès lors que les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type "coup du lapin", sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique. Les

mêmes critères que pour une atteinte psychique s'appliquent en conséquence. Or ceux-ci ne sont pas réalisés. En effet, il n'y a pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ni de caractère particulièrement impressionnant de l'accident. Il n'y a pas de lésions physiques objectivement constatables, de durée anormalement longue du traitement médical, ni d'erreurs de traitement ou de difficultés en cours de guérison. Certes, le recourant ressent des céphalées, mais elles sont entretenues, selon les experts et le Dr W. \_\_\_\_\_ par les troubles psychiques. Enfin, il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan somatique.

Même si l'on considérait que les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type "coup du lapin", n'étaient pas relégués au second plan, la majorité des critères ne seraient pas réalisés non plus. En effet, il n'y a pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ni de caractère particulièrement impressionnant de l'accident. Il n'y a pas de lésions physiques objectivement constatables, d'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, ni d'erreurs de traitement, ni encore de difficultés en cours de guérison. Enfin, l'incapacité de travail sur le plan psychique due à l'accident est de 100 % pendant 1 an à compter de l'accident, puis de 50 % pendant 6 mois selon les experts.

**4. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause; cela étant, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction en ordonnant une nouvelle expertise. La requête en ce sens du recourant doit ainsi être rejetée.

**c)** L'arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA) ni dépens, le recourant succombant (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 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents le 16 juin 2008 est confirmée.
  
- III.** L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me François Magnin, avocat à Morges (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- 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 :