

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 1004 vom 8. Mai 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-05-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2024\\_\\_1004](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__1004)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 1004 du 8 mai 2025

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 1004 del 8 maggio 2025

## Regeste

CAUSALITÉ ADÉQUATE, TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL, CAUSALITÉ NATURELLE, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, ÉTAT STABLE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, TINNITUS | 19 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA

## Erwägungen

### E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, comme déjà constaté dans l'ordonnance du 25 janvier 2023.

### E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à percevoir des prestations de la CNA au-delà du 28 février 2022 pour les suites des accidents des 9 février et 22 juillet 2016.

### E. 3

Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où les accidents des 9 février et 22 juillet 2016 sont survenus avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance pour ces événements est soumis à l'ancien droit (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; TF 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2).

### E. 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 un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la

santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359). Dans ces cas, 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 têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 et 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_400/2020 du 14 avril 2021 consid. 2.2). 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 se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C\_14/2021 du 3 mai 2021 consid. 4.2.1 et les références). Pour l'examen de la causalité adéquate en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Il s'agit donc d'appliquer par analogie les critères

jurisprudentiels utilisés en cas d'atteintes additionnelles à la santé psychique, mais sans distinguer entre les composantes somatiques et psychiques des lésions. Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en distinguant entre atteintes psychiques et physiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). e) Au regard de la doctrine médicale, le Tribunal fédéral a retenu que les acouphènes ou tinnitus ne pouvaient pas être considérés comme une atteinte physique ou, pour le moins, comme une atteinte ayant obligatoirement pour origine une cause physique. Dès lors, en présence d'un tinnitus qui n'est pas attribuable à une atteinte organique objectivable d'origine accidentelle (grâce à des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie à laquelle associer les acouphènes), le rapport de causalité adéquate avec l'accident ne peut pas être admis sans faire l'objet d'un examen particulier comme c'est le cas pour d'autres tableaux cliniques sans preuve d'un déficit organique (ATF 138 V 248). Cela signifie qu'en l'absence de lésion organique spécifique, le lien de causalité adéquate entre les acouphènes et l'accident doit être examiné selon les critères objectifs applicables en cas de troubles psychiques, à moins que l'atteinte à la santé subie dans le cas particulier justifie l'application des critères d'examen de la causalité adéquate en matière d'accident de type « coup du lapin » (TF 8C\_867/2014 du 28 décembre 2015 consid. 2 ; TF 8C\_498/2011 du 3 mai 2012 consid. 6, non publié in ATF 138 V 248). f) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique ou un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; - l'intensité des douleurs ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; - l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 10.2). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C\_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références). g) Le moment auquel peut intervenir l'examen de la causalité adéquate en cas de traumatisme de type « coup du lapin » correspond à celui auquel l'assureur est en droit de clore le cas, c'est-à-dire de mettre fin aux prestations provisoires et d'examiner le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 3.1). Conformément à l'art. 19 al. 1 LAA, l'examen de la causalité adéquate doit être fait lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une

sensible amélioration de l'état de santé de la personne assurée et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références). Par « une sensible amélioration de l'état de santé », il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et références).

## **E. 5**

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

## **E. 6**

a) En l'espèce, la CNA a mis fin à ses prestations au 28 février 2022 pour les suites des accidents de 2016. Elle a retenu, en se fondant sur le rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> avril 2019 du Dr L.\_\_\_\_\_, qu'il n'existait pas de lien de causalité entre les troubles de l'équilibre, la déhiscence du canal semi-circulaire antérieur et l'hydrops endolymphatique et les accidents. Elle a par ailleurs nié tout lien de causalité adéquate entre ces accidents et les troubles psychiatriques ainsi que l'acouphène dont se plaint le recourant. b) Il convient d'examiner si les différents troubles que le recourant a présentés dans les suites des accidents des 9 février et 22 juillet 2016 peuvent, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 V 427 consid. 3.2 et les références citées), être considérés comme

étant en lien de causalité naturelle et adéquate avec ces accidents.

#### **E. 7**

Il est admis que l'atteinte à l'épaule droite présentée par le recourant, sous forme d'une lésion du long chef du biceps de type SLAP, était en lien de causalité (naturelle et adéquate) avec l'accident du 22 juillet 2016, même si elle a été mise en évidence tardivement, par IRM du 8 septembre 2016, et qu'elle a été annoncée à la CNA en tant que « rechute » en date du 11 octobre 2016. L'intimée a pris en charge le traitement de cette atteinte, qui a nécessité une intervention chirurgicale le 29 septembre 2016, dont les suites ont été marquées par l'apparition d'une capsulite rétractile. La CNA n'examine pas, dans la décision attaquée, les séquelles à l'épaule droite, mais se limite à mentionner l'examen final du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 9 mai 2018. Dans celui-ci, le médecin d'arrondissement conclut que, pour les suites de l'accident de juillet 2016 concernant l'épaule droite, on doit reconnaître à l'assuré des limitations fonctionnelles concernant les travaux prolongés au-dessus de l'horizontale, le port répété de charges supérieures à 20 kg et les mouvements répétitifs de la ceinture scapulaire droite. Il retient l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles et qu'aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est due. Cela rejoint les conclusions du Dr J. \_\_\_\_\_, qui a indiqué, dans son rapport du 20 avril 2018, qu'il n'y avait pas de problème au niveau de l'épaule droite rédhibitoire pour une quelconque activité sportive ou professionnelle. On relève encore que les experts d'EE. \_\_\_\_\_ ont retenu, dans leur rapport du 4 décembre 2024, que, sur le plan rhumatologique, ils n'avaient pas de raison de s'écarter des limitations fonctionnelles précédemment exposées retenues par l'intimée (ch. 4.3 let. b de l'évaluation consensuelle), lesquelles n'empêchaient pas le recourant d'exercer son activité habituelle (rapport d'expertise en rhumatologie du 18 octobre 2024 du Dr N. \_\_\_\_\_, faisant partie intégrante du rapport d'expertise d'EE. \_\_\_\_\_ du 4 décembre 2024, ch. 8 let. a). Les limitations fonctionnelles de l'épaule droite permettent ainsi au recourant d'exercer son activité habituelle. Celui-ci ne prétend pas le contraire et n'a d'ailleurs soulevé aucun grief à ce sujet. Il faut ainsi constater que le recourant ne souffrait plus de séquelles invalidantes en raison de l'atteinte à l'épaule droite en date du 28 février 2022, date à laquelle la CNA a mis fin à ses prestations.

#### **E. 8**

Une des plaintes principales du recourant concerne les vertiges et les troubles de l'équilibre, qui sont apparus dans les suites des accidents de 2016. a) Il convient tout d'abord d'examiner si ces troubles peuvent être expliqués par une cause organique ou si tel n'est pas le cas, comme le soutient la CNA sur la base du rapport d'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ et des appréciations de ses médecins d'arrondissement. b) Le scanner cérébral réalisé le 19 juin 2017 lors du séjour du recourant à la P. \_\_\_\_\_, ainsi que les radiographies et IRM effectuées sur demande du Dr B. \_\_\_\_\_ ont montré une déhiscence du canal semi-circulaire antérieur à gauche et une dilatation de l'espace endolymphatique de cette même oreille. Le Dr B. \_\_\_\_\_ est d'avis que ces lésions sont à l'origine des troubles vestibulaires présentés par le recourant (rapport du 21 juillet 2017 et courrier du 14 septembre 2017) et précise qu'un traumatisme assez léger, même parfois un seul bruit intense, peut suffire à entraîner les symptômes d'une déhiscence. Il admet que la déhiscence était certainement préexistante à l'accident, mais estime qu'il en a été le révélateur, probablement du fait qu'une très fine couche osseuse couvrait la déhiscence et que le coup a suffi à la rompre et à faire apparaître les troubles (courriers des 27 mars et 15 mai 2018). A

l'inverse, la Dre X. \_\_\_\_\_ considère que ces atteintes ne sont pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, liées avec les événements accidentels des 9 février et 22 juillet 2016, mais qu'il s'agit de diagnostics endogènes, étrangers à l'accident, d'autant plus que dans les deux événements accidentels, il n'y avait pas eu de traumatisme cranio-cérébral grave avec une lésion structurelle organique telle qu'une hémorragie cérébrale ou une fracture du rocher (appréciations des 9 février et 3 avril 2018). Pour répondre à la Dre X. \_\_\_\_\_, qui relevait que le Dr B. \_\_\_\_\_ n'avait pas fourni de preuves cliniques de la déhiscence du canal semi-circulaire sous forme de résultats pathologiques d'examen otoneurologiques (appréciation du 3 avril 2018), celui-ci a précisé qu'il était difficile de différencier les symptômes liés à la déhiscence du canal semi-circulaire supérieur gauche des troubles cognitifs liés aux traumatismes crâniens car, dans toutes les atteintes vestibulaires, on pouvait observer des troubles de l'humeur, de la concentration et de l'orientation spatiale, etc. (courrier du 15 mai 2018). Face à ces opinions divergentes, la CNA a fait réaliser une expertise par le Dr L. \_\_\_\_\_, qui a rendu son rapport le 1<sup>er</sup> avril 2019. L'expert a pris ses conclusions de manière motivée et convaincante en pleine connaissance du dossier, de l'anamnèse du recourant et de ses plaintes, après avoir procédé à un examen clinique détaillé et complété le bilan radiologique par de nouvelles imageries, dont il a discuté les résultats avec les radiologues. Son rapport d'expertise peut ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante. A l'issue de son examen, le Dr L. \_\_\_\_\_ affirme sans réserve que la déhiscence du canal semi-circulaire supérieur gauche ainsi que le probable hydrops endolymphatique gauche sont sans rapport avec les deux accidents survenus en 2016 et qu'il s'agit, dans les deux cas, d'anomalies radiologiques découvertes fortuitement, vraisemblablement préexistantes aux deux accidents de 2016, sans impact clinique et asymptomatiques. Il expose que la déhiscence du canal semi-circulaire est minime, à la limite de la résolution radiologique. Quant à l'hydrops endolymphatique, celui-ci n'est retrouvé qu'en fonction de la méthode d'analyse pratiquée, une seule des trois classifications utilisées ayant donné un résultat positif. Il conclut donc à la présence d'un probable hydrops vestibulaire gauche modéré, non confluent et stable au vu de la précédente imagerie effectuée. Les documents au dossier ne sauraient remettre en question les conclusions de cette expertise. Il convient notamment de préciser que la jurisprudence citée par le recourant et le Dr B. \_\_\_\_\_ n'est pas déterminante puisque l'examen de la causalité doit se faire dans chaque cas particulier en fonction des éléments concrets du cas d'espèce. On ne saurait dès lors conclure à l'existence d'un lien de causalité naturelle du seul fait qu'un tel lien a été reconnu dans une situation se rapprochant de celle dont il est question. Il ressort de l'expertise que le Dr L. \_\_\_\_\_ a procédé, avec les radiologues du E. \_\_\_\_\_, à une lecture très minutieuse des résultats d'imagerie figurant au dossier et des nouveaux clichés qu'il a fait réaliser. Dans son courrier du 27 septembre 2020, le Dr B. \_\_\_\_\_ se prévaut du fait qu'il a interprété les images avec la Dre T. \_\_\_\_\_, laquelle dispose d'un diplôme spécialisé en matière de radiologie de la tête et du cou. Cet élément ne saurait être décisif. Rien ne permet en effet de laisser penser que les radiologues du E. \_\_\_\_\_ ne disposeraient pas des compétences nécessaires pour l'interprétation des imageries réalisées. En outre, le dossier ne contient aucune prise de position de la Dre T. \_\_\_\_\_ ou du Dr B. \_\_\_\_\_, qui expliquerait de manière motivée et détaillée pour quelle raison l'interprétation des images faite par les radiologues du E. \_\_\_\_\_ et le Dr L. \_\_\_\_\_ ne devrait pas être suivie. Dans un autre grief à l'encontre de l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_, le Dr B. \_\_\_\_\_ avance qu'il n'est pas certain que les troubles soient « proportionnels » à la taille d'une déhiscence. Une telle affirmation ne suffit pas à aller

valablement à l'encontre des conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_. Il faut d'ailleurs relever que le Dr B.\_\_\_\_\_ a admis qu'il était difficile de savoir dans quelle mesure la déhiscence du canal semi-circulaire antérieur et l'hydrops endolymphatique expliquaient les troubles du recourant (rapport du 14 octobre 2017). S'il a finalement été d'avis que, malgré la normalité du bilan fonctionnel, il y avait « quand même de bonnes raisons » de penser que ces deux anomalies étaient les éléments responsables des troubles, son opinion ne permet pas de remettre en question celle du Dr L.\_\_\_\_\_. Quant au rapport du 9 mars 2020 du Dr G.\_\_\_\_\_, celui-ci n'apporte pas d'éléments concrets susceptibles de remettre en cause l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_. Enfin, dans son rapport d'expertise spécialisée en oto-rhino-laryngologie du 22 octobre 2024, faisant partie intégrante du rapport d'expertise d'EE.\_\_\_\_\_ du 4 décembre 2024 (ch. 6 let. b), le Dr AA.\_\_\_\_\_ a formellement écarté le diagnostic de déhiscence du canal semi-circulaire supérieur retenu par le Dr B.\_\_\_\_\_, indiquant que, sur les quatre critères permettant de retenir un tel syndrome, seuls deux étaient réalisés. Il a aussi relevé que le diagnostic d'hydrops endolymphatique n'avait pas non plus été diagnostiqué selon les règles de l'art. Il a donc exclu ces diagnostics, ce qui corrobore l'absence d'atteinte incapacitante en découlant. Dans son recours, le recourant reproche au Dr L.\_\_\_\_\_ de n'avoir avancé aucun motif objectif pour expliquer l'apparition de ces lésions antérieurement aux deux accidents et en conclut que ses conclusions ne sont en réalité que des hypothèses. Il relève également l'absence de pronostic dans le rapport d'expertise. Il convient cependant de rappeler que le Dr L.\_\_\_\_\_ devait se prononcer sur l'existence ou non d'un lien de causalité entre les accidents et la déhiscence du canal semi-circulaire ainsi que l'hydrops endolymphatique, et non sur l'étiologie exacte de ces troubles et le pronostic. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a clairement indiqué qu'un lien de causalité ne pouvait pas être retenu en se basant notamment sur son examen clinique et les imageries à disposition. Il ne s'est dès lors pas contenté de faire des hypothèses, comme le soutient le recourant. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que la déhiscence du canal semi-circulaire et l'hydrops endolymphatique, pour autant que ces diagnostics puissent être retenus, ne sont pas dus aux accidents des 9 février et 22 juillet 2016. c) Lors de la consultation ORL faite au cours du séjour à la P.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_ a mis en évidence une atteinte de la perception à droite, compatible avec l'accident, et une hypovalence vestibulaire gauche résiduelle mal compensée visuellement, compatible avec un traumatisme cranio-cérébral ancien (rapport du 9 juin 2017). La jurisprudence a reconnu qu'un déficit vestibulaire pouvait constituer une atteinte à la santé objectivée sur le plan médical (TF 8C\_591/2018 du 29 janvier 2020 consid. 6.2). Il se trouve cependant qu'en l'occurrence, le déficit vestibulaire évoqué par le Dr D.\_\_\_\_\_ n'a pas été retrouvé par les autres spécialistes ayant examiné le recourant. Dans un rapport du 21 juillet 2017, le Dr B.\_\_\_\_\_ a en effet fait état d'un bilan fonctionnel normal, précisant qu'il n'avait notamment pas retrouvé l'hyporéflexie gauche. De même, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'examen otoneurologique clinique et instrumental était normal, sans évidence d'une pathologie vestibulaire organique séquellaire des deux accidents survenus en 2016 (expertise p. 14). Le Dr AA.\_\_\_\_\_ a également constaté l'absence de pathologie vestibulaire décelable (rapport d'expertise spécialisée en oto-rhino-laryngologie du 22 octobre 2024, faisant partie intégrante du rapport d'expertise d'EE.\_\_\_\_\_ du 4 décembre 2024, ch. 4.3 et 6b). Il s'ensuit que les troubles de l'équilibre et vertiges du recourant ne peuvent pas non plus s'expliquer par l'existence d'un déficit vestibulaire consécutif à l'accident. d) Cela étant, le Dr L.\_\_\_\_\_ ne nie pas l'existence des vertiges dont se plaint le recourant. Il retient en effet le diagnostic de troubles neurocognitifs

persistants après un traumatisme crânien avec vertiges chroniques sévères d'origine fonctionnelle (persistent postural perceptual dizziness). Il indique que la symptomatologie chronique multifocale invalidante que présente l'assuré depuis l'accident du 9 février 2016 – incluant les vertiges de type tangage en continu, aggravés par les mouvements du corps et de la scène visuelle, une intolérance aux sons forts avec une sensation d'explosion de la tête et des vertiges, un acouphène latéralisé à gauche, des troubles de mémoire et de concentration, un ralentissement et une baisse du rendement dans les activités, ainsi qu'un repli social – est connue comme une séquelle possible d'un traumatisme crânien, même mineur. Il ajoute qu'on retrouve ces symptômes dans le diagnostic de syndrome post commotionnel (classification OMS) ou celui de troubles neurocognitifs persistants après traumatisme crânien (classification DSM-V). Il précise, s'agissant de ces vertiges et troubles de l'équilibre, qu'une atteinte vestibulaire organique déterminante est rarement mise en évidence et que la nature fonctionnelle des symptômes est admise (expertise pp. 15-16). Le Dr L. \_\_\_\_\_ rattache ainsi les vertiges et troubles de l'équilibre au traumatisme crânien subi par le recourant. Le Dr I. \_\_\_\_\_, et également dans une certaine mesure la Dre X. \_\_\_\_\_, remettent cependant en question l'existence d'un traumatisme cranio-cérébral. Dans son appréciation du 14 juin 2018, le Dr I. \_\_\_\_\_ doute que le recourant ait été victime d'un traumatisme crânien lors des accidents de 2016, faisant remarquer que le contenu des déclarations de sinistre LAA diverge des déclarations personnelles faites par l'assuré plus tard, et relevant qu'il n'y a pas d'éléments cliniques et radiologiques objectifs d'un traumatisme crânien. De son côté, la Dre X. \_\_\_\_\_ estimait, dans son appréciation du 9 février 2018, qu'en l'absence de traumatisme cranio-cérébral « compréhensible », il n'y avait pas lieu d'organiser un examen oto-rhino-laryngologique. Il faut constater que les annonces de sinistre transmises par la Caisse de chômage à la CNA ne font effectivement pas état de traumatisme crânien. S'agissant du premier accident, le recourant a indiqué avoir reçu le fauteuil de jardin « dans tout le dos », mais s'est plaint de douleurs à la nuque également lors de la première consultation au Centre médical de Z. \_\_\_\_\_ du 11 février 2016. Dans l'annonce d'accident que le recourant a remplie le 12 février 2016 à l'intention de la Caisse de chômage, il a indiqué souffrir de contusions, de douleurs, d'un blocage, de maux de tête et de nausée. Malgré ces indications, la Caisse n'a ensuite noté dans la déclaration de sinistre que l'existence d'une contusion (« Prellung ») dans le dos. Lors de la consultation suivante au Centre médical de Z. \_\_\_\_\_, le 23 février 2016, l'assuré s'est plaint de cervicalgie avec irradiation à la tête sous forme de céphalée pancrânienne sourde, comme en casque, de rotation de la tête douloureuse en région cervicale, de vertiges épisodiques et de sensation de souffle dans l'oreille droite, évoquant un acouphène. Le diagnostic de cervicalgie post-traumatique avec vertiges et acouphène à droite probablement dans contexte de trauma crânien a été posé, avec un diagnostic différentiel de lésion oreille interne droite sur traumatisme. La seconde déclaration d'accident fait mention d'une chute avec une contusion au dos et au cou. Il ressort toutefois de la première consultation faite au Centre médical de Z. \_\_\_\_\_ le 25 juillet 2016 que l'assuré avait présenté une chute sur le dos et la tête, avec une probable perte de connaissance de courte durée, et qu'il se plaignait depuis lors de « céphalées post gauche », d'une sensation de confusion (perte de concentration, faute d'orthographe dans son prénom, finit parfois ses phrases de manière confuse), de nausées et de lourdeur de la tête avec une légère photophobie. Les diagnostics de commotion cérébrale et de contractures musculaires ont été posés. Dans son rapport du 6 mars 2017, la Dre W. \_\_\_\_\_ confirme l'existence d'un syndrome post-commotionnel sévère et d'un traumatisme cranio-cérébral. En ce qui

concerne l'absence d'éléments cliniques et radiologiques objectifs d'un traumatisme crânien relevée par le Dr I. \_\_\_\_\_, il apparaît que la Dre W. \_\_\_\_\_ avait connaissance qu'aucune lésion n'avait été mise en évidence par imagerie et que, malgré cela, elle a retenu l'existence d'un traumatisme cranio-cérébral et d'un syndrome post-commotionnel. De même, les médecins de la P. \_\_\_\_\_ concluent à un traumatisme cranio-cervical léger sans lésions cérébrales, ayant entraîné un syndrome post-commotionnel lors de l'accident du 22 juillet 2016 (rapport du 10 juillet 2017 pp. 1 et 4). A l'issue de son expertise, laquelle a pleine valeur probante comme vu ci-dessus (consid. 8b), le Dr L. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic de status après traumatisme cranio-cérébral léger le 22 juillet 2016 et également de status après traumatisme cranio-cervico-dorsal le 9 février 2016 (rapport du 1 er avril 2019). Il résulte des éléments médicaux qui précèdent qu'il se justifie d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a effectivement subi un traumatisme crânien, du moins lors de l'accident du 22 juillet 2016, et que l'accident du 9 février 2016 a impacté sa colonne cervicale.

## **E. 9**

a) Comme exposé ci-dessus (consid. 4d), en cas d'accident ayant entraîné un traumatisme à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, 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, dûment attestées par des renseignements médicaux fiables, comprenant notamment l'apparition de douleurs au rachis cervical ou au cou dans les 24 à 72 heures après l'accident. Tel est manifestement le cas en l'occurrence puisqu'il ressort clairement des rapports de consultation du Centre médical de Z. \_\_\_\_\_ que le recourant souffrait de douleurs à la nuque le 11 février 2016, soit deux jours après l'accident du 9 février 2016, et qu'il a fait état de vives douleurs depuis la nuque jusque dans l'épaule lors de la consultation du 25 juillet 2016, qui a eu lieu trois jours après l'accident du 22 juillet 2016. Il ressort également des rapports au dossier que l'assuré s'est plaint de maux de tête ainsi que de vertiges épisodiques dans les jours qui ont suivi le premier accident et qu'à la suite du second accident, il a présenté des céphalées, une sensation de confusion, des nausées et une légère photophobie, à savoir des symptômes typiques d'un tableau clinique de traumatisme cranio-cervical. Dans le rapport de la P. \_\_\_\_\_ du 10 juillet 2017, on peut également lire que, depuis l'accident du 22 juillet 2016, l'assuré présente les symptômes d'un syndrome post-commotionnel avec des céphalées, des cervicalgies, des sensations d'instabilité et des troubles cognitifs, qu'il décrit comme des troubles de la mémoire, à court terme et des difficultés de concentration ; il se plaint également de beaucoup de difficultés à écrire et d'une fatigue importante, avec des réveils nocturnes et une irritabilité marquée (rapport de la P. \_\_\_\_\_ p. 2). Il se justifie dès lors de reconnaître l'existence, à tout le moins initialement, d'un lien de causalité naturelle entre l'ensemble de ces troubles et les accidents subis. Dans son rapport du 3 mai 2017, la Dre W. \_\_\_\_\_ retient d'ailleurs que la symptomatologie de troubles cognitifs, d'état anxio-dépressif, de céphalées et de vertiges est bien en relation avec le traumatisme cranio-cérébral de juillet 2016. b) Les vertiges et troubles de l'équilibre dont souffre le recourant depuis les accidents de 2016 font ainsi partie du tableau clinique global des symptômes liés au traumatisme crânien. Dès lors, il n'est pas déterminant que le Dr L. \_\_\_\_\_ ne se soit pas explicitement prononcé sur la causalité naturelle entre ces atteintes et l'accident. On peut néanmoins relever que celui-ci met ces troubles en lien avec le traumatisme crânien subi par le recourant et donc, implicitement, avec l'accident. c) Il en va de même des troubles

neuropsychologiques mis en évidence par les examens réalisés à l'U.\_\_\_\_\_ (rapport du 10 avril 2017), puis durant le séjour à la P.\_\_\_\_\_ (rapport du 10 juillet 2017 p. 4). Selon le Dr I.\_\_\_\_\_, il n'était pas avéré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles neuropsychologiques présentés par l'assuré étaient dus aux accidents de 2016, au vu des versions divergentes des faits présentés par l'assuré et de l'absence d'éléments cliniques et radiologiques objectifs d'un traumatisme crânien (appréciations des 14 juin et 4 juillet 2018). Comme déjà examiné ci-dessus (consid. 8d), les arguments que ce médecin met en avant pour nier un lien de causalité doivent être écartés en l'occurrence, au vu des autres pièces médicales du dossier. Il convient également de relever que, dans son expertise (p. 9), le Dr L.\_\_\_\_\_ constate que « l'origine post traumatique des troubles cognitifs et neuropsychologiques n'est pas remise en question ». Le fait qu'il rapporte cet élément sans émettre de réserve ou de critique ne peut que laisser à penser qu'il soutient ce point de vue. Il ressort par ailleurs du rapport de la P.\_\_\_\_\_ que les plaintes cognitives sont mises en lien avec le traumatisme crânien subi lors de l'accident (rapport du 10 juillet 2017 p. 4). Il ressort du bilan neuropsychologique réalisé par l'experte CC.\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'expertise réalisée par EE.\_\_\_\_\_ en fin d'année 2024 que les troubles cognitifs ne s'étaient pas amendés, dans la mesure où le recourant continuait de se plaindre de fatigabilité, de limitations intellectuelles et d'une baisse de performance dans tous les domaines. L'experte a retenu les diagnostics de performance à la limite inférieure de la norme en fluence verbale littérale, de légère perturbation du calcul mental (léger ralentissement et une erreur de calcul sur une multiplication complexe) et écrit (erreur de retenue à la soustraction), de perturbation modérée à sévère de la mémoire de travail pour la composante de gestion des interférences (objectivée à un test psychométrique et observée cliniquement), de fléchissement de la mémoire antérograde visuo-spatiale (performance à la limite inférieure de la norme/dans la norme relative à la perte mnésique entre le rappel immédiat et différé) et de performance à la limite inférieure de la norme en flexibilité mentale. Elle a par ailleurs confirmé que le profil neuropsychologique observé chez le recourant était compatible avec le décours des traumatismes crâniens simples dont il avait été victime depuis 2016 (rapport d'expertise spécialisée en neuropsychologie du 23 septembre 2024, faisant partie intégrante du rapport d'expertise d'EE.\_\_\_\_\_ du 4 décembre 2024, ch. 6.3 let. a). d) En ce qui concerne les douleurs cervicales, il apparaît que si elles ont, dans un premier temps, fait partie de la symptomatologie typique des traumatismes à la colonne cervicale et crânio-cérébral, elles ont par la suite été jugées en lien avec les troubles dégénératifs cervicaux mis en évidence par le bilan radiologique (rapport de la P.\_\_\_\_\_ du 10 juillet 2017 p. 4 ; consilium de l'appareil locomoteur du 8 juin 2017 par le Dr V.\_\_\_\_\_ ; rapport d'expertise spécialisée en rhumatologie du 18 octobre 2024 du Dr N.\_\_\_\_\_, faisant partie intégrante du rapport d'expertise d'EE.\_\_\_\_\_ du 4 décembre 2024, ch. 6.3). Les douleurs cervicales qui persistent n'apparaissent ainsi plus en lien de causalité naturelle avec les accidents de 2016. e) A la suite des accidents de 2016, l'assuré s'est également plaint d'acouphènes. Il apparaît qu'aucune cause objective n'a pu être mise en évidence pour expliquer ce trouble. Dans son appréciation du 22 février 2021, la Dre M.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il s'agissait d'un tinnitus subjectif sans cause pathologique objectivable dans le domaine ORL. La Dre M.\_\_\_\_\_ était alors invitée à se prononcer sur un éventuel lien de causalité entre ce trouble et l'accident du 8 avril 2020, à la suite duquel le recourant s'est plaint d'une aggravation des acouphènes. Il ressort néanmoins des pièces au dossier que les acouphènes dont il a souffert dans les suites des accidents de 2016 n'avaient pas disparu au moment de l'événement

accidentel du 8 avril 2020. En effet, dans son expertise du 1<sup>er</sup> avril 2019, le Dr L. \_\_\_\_\_ mentionne l'existence d'un acouphène latéralisé à gauche, qu'il a classé parmi les symptômes connus comme séquelles possibles d'un traumatisme crânien, même mineur (expertise p. 15). Dans leur évaluation consensuelle du 4 décembre 2024, les experts d'EE. \_\_\_\_\_ confirment que les plaintes ORL, comprenant un acouphène pulsatile mais pas localisé à l'oreille gauche avec une résonance cérébrale des bruits, sont inchangées depuis 2016, soulignant que le bilan otoneurologique réalisé, tout comme les précédents, ne montrait pas de pathologie auditive ni vestibulaire décelable et que l'acouphène restait inexpliqué du point de vue ORL (rapport d'expertise ch. 4.1). Compte tenu de la présence d'un acouphène sans cause organique objectivable, la CNA a procédé, dans la décision sur opposition, à l'examen de la causalité adéquate, comme le prévoit la jurisprudence (cf. consid. 4e supra). f) Il ressort de ce qui précède que la persistance d'un lien de causalité naturelle avec les accidents de 2016 peut être admise pour les vertiges, les troubles de l'équilibre et les troubles neuropsychologiques, en tant que symptômes typiques d'un traumatisme cranio-cérébral, respectivement d'un traumatisme à la colonne cervicale. Il convient encore d'examiner si l'on est en présence d'un lien de causalité adéquate, question qui doit également être examinée en raison de la présence des acouphènes. Cet examen sera fait ci-dessous (cf. consid. 11).

## **E. 10**

La CNA a également envisagé que les troubles présentés par le recourant, ou à tout le moins une partie de ceux-ci, pourraient s'expliquer pour des raisons psychiatriques. La Dre X. \_\_\_\_\_ a notamment considéré que le trouble « Persistent Postural Perceptual Dizziness » devait être considéré comme un trouble de somatisation, éventuellement lié à un vertige phobique, sans corrélat organique (appréciation du 12 avril 2019). A l'issue de son examen psychiatrique, le Dr A. \_\_\_\_\_ a confirmé l'existence d'un trouble somatoforme et précisé que celui-ci correspondait, du point de vue ORL, au diagnostic d'un trouble fonctionnel chronique dans le sens d'un PPPD posé par le Dr L. \_\_\_\_\_. Il motive ce diagnostic, d'une part, par le fait que les plaintes somatiques persistantes (vertiges) s'accompagnent d'un sentiment important de détresse et, d'autre part, par la présence de facteurs psychiques qui contribuent à maintenir et à renforcer considérablement le vécu subjectivement invalidant des vertiges, qui ne trouvent pas d'explications suffisantes du point de vue organique. Dans ce sens, il retrouve une situation de stress dû à la perte de la capacité de travail et accentué par la perte de la performance exceptionnelle que l'assuré recherchait dans plusieurs domaines ; du point de vue comportemental, le Dr A. \_\_\_\_\_ note une attitude d'épargne, de retrait et d'évitement social liée à une crainte et à une anticipation anxieuse de l'apparition des vertiges et des symptômes multiples les accompagnant ; il constate une cognition dysfonctionnelle dans le sens d'une fixation sur les vertiges, d'une anticipation catastrophique et d'une fixation sur une étiologie somatique ; du point de vue émotionnel, le psychiatre retrouve des réactions inhabituelles d'irritabilité, d'explosivité, de démoralisation et d'anxiété, qui ne dépassent pas le seuil qui permettrait de poser un diagnostic de trouble dépressif ou anxieux. Le Dr A. \_\_\_\_\_ ne retrouve pas de comorbidités psychiatriques dans le sens d'un trouble dépressif, anxieux ou d'un syndrome de type post-traumatique. Il rejoint en cela les conclusions du Dr O. \_\_\_\_\_ de la P. \_\_\_\_\_, auxquelles il se réfère. Il écarte ainsi le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) posé par la Dre F. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 janvier 2018. Il relève d'ailleurs que le suivi de l'assuré auprès de la psychologue R. \_\_\_\_\_ n'avait duré que trois mois. Le Dr A. \_\_\_\_\_

constate, à l'instar du psychiatre de la P. \_\_\_\_\_, l'existence de blessures narcissiques, en ce sens qu'avec les vertiges, le recourant a été d'un coup privé de ses compétences et possibilités de performances liées aux prouesses d'équilibre dont il faisait preuve, ce qui a entraîné des fissures de son socle narcissique. Dans son rapport d'expertise spécialisée en psychiatrie du 8 novembre 2024, faisant partie intégrante du rapport d'expertise d'EE. \_\_\_\_\_ du 4 décembre 2024 (ch. 6.3), la Dre BB. \_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de trouble somatoforme. Elle a également retenu que les symptômes présentés par le recourant n'étaient pas suffisamment sévères ni présents continuellement pour justifier le diagnostic d'un épisode dépressif ou d'un trouble anxieux à part entière, ce qui rejoint les conclusions du Dr A. \_\_\_\_\_. Elle a tout de même posé le diagnostic de trouble dépressif et anxieux mixte dans la mesure où le recourant présente des symptômes dépressifs avec une humeur souvent triste et une diminution de son énergie qui entraîne une augmentation de la fatigabilité, ainsi que des symptômes anxieux primaires sous forme d'une tension interne, de troubles neurovégétatifs et de ruminations. Quant au trouble de la personnalité histrionique retenue par cette experte, lequel remonte à l'enfance du recourant, il n'est en rien lié aux accidents de 2016. Il ressort de ce qui précède que les conclusions du Dr A. \_\_\_\_\_ sont motivées et convaincantes. Elles ont en outre été prises en pleine connaissance du dossier, de l'anamnèse du recourant et de ses plaintes, à l'issue d'un examen clinique psychiatrique. Le Dr A. \_\_\_\_\_ a par ailleurs pris soin de contacter la psychologue R. \_\_\_\_\_, auprès de qui le recourant a été suivi en 2017. Le rapport d'examen du Dr A. \_\_\_\_\_ peut dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le Dr A. \_\_\_\_\_ retient un lien de causalité naturelle pour le moins probable entre les deux accidents accumulés en 2016 et le trouble de somatisation. Il convient dès lors d'examiner s'il existe également un lien de causalité adéquate.

#### **E. 11**

a) La CNA a procédé à l'examen de la causalité adéquate sur la base des critères applicables aux troubles psychiques. Cela apparaît cependant erroné dans le cas présent, puisque les troubles présentés par le recourant ressortissent principalement des atteintes typiques en cas de traumatisme cranio-cérébral ou à la colonne cervicale. Le diagnostic d'autre trouble somatoforme posé par le Dr A. \_\_\_\_\_ ne saurait en l'occurrence constituer une atteinte psychique qui serait devenue prépondérante par rapport aux autres troubles. En effet, non seulement ce diagnostic est directement en lien avec celui de PPPD posé par le Dr L. \_\_\_\_\_, mais de plus, le Dr A. \_\_\_\_\_ mentionne explicitement que le caractère somatique de l'atteinte prédomine dans le vécu de l'assuré et a, de ce fait, proposé une prise en charge par le versant somatique et comportemental, plutôt que par voie psychothérapeutique. En outre, comme exposé au considérant précédent, il n'y a pas d'atteinte dépressive ou post-traumatique qui serait devenue prépondérante. En ce qui concerne les acouphènes, la jurisprudence prévoit également l'application des critères d'examen de la causalité adéquate en matière d'accident de type « coup du lapin » lorsque l'atteinte à la santé subie dans le cas particulier le justifie, comme c'est le cas en l'espèce. C'est donc sur la base des critères applicables en cas de « coup du lapin » ou de traumatisme analogue qu'il convient d'examiner la causalité adéquate. b) C'est le lieu de préciser que la situation médicale du recourant était stabilisée le 28 février 2022, au moment où la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical, et qu'elle a procédé à l'examen de la causalité adéquate. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2019, le Dr A. \_\_\_\_\_ a constaté que le cas n'était pas stabilisé et qu'il y avait une indication psychiatrique et psychosomatique à suivre le traitement proposé

par le Dr L. \_\_\_\_\_. Le recourant a suivi les séances de physiothérapie vestibulaire en question d'octobre 2019 à septembre 2020, avec un léger bénéfice sous forme d'une meilleure gestion des troubles, mais avec la persistance d'une instabilité posturale et de vertiges induits par la vision. Le Dr L. \_\_\_\_\_ en a déduit que l'évolution sur le plan de l'équilibre était globalement stationnaire (rapport du 23 décembre 2020). Dans la mesure où il a été jugé que la déhiscence du canal semi-circulaire et l'hydrops endolymphatique n'étaient pas en lien de causalité avec les accidents dont il est question, une éventuelle intervention chirurgicale n'avait pas à être prise en charge, d'autant moins qu'elle n'aurait, selon toute vraisemblance, pas été susceptible de modifier la situation puisque, selon les conclusions du Dr L. \_\_\_\_\_, ces atteintes ne permettaient pas d'expliquer les troubles présentés par le recourant. Certes, le Dr L. \_\_\_\_\_ a suggéré un suivi pour le traitement des acouphènes dans son rapport du 23 décembre 2020. Il apparaît cependant que cette prise en charge était proposée en raison de plaintes nouvelles, en lien avec l'apparition ou l'aggravation d'acouphènes perturbateurs depuis quelques mois. Il ressort en effet du dossier que si le recourant a souffert d'acouphènes à partir des accidents de 2016, c'est à la suite de l'accident du 8 avril 2020 que ce trouble a pris un caractère nettement plus invalidant (cf. la lettre de l'assuré au Dr G. \_\_\_\_\_, transmise à la CNA par courriel du 11 avril 2020). Au vu de cela, dans la mesure où aucun nouveau traitement n'était évoqué pour les suites des accidents de 2016, il se justifie de reconnaître que la situation était stabilisée. La CNA était ainsi en droit de mettre fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 28 février 2022 et de procéder à l'examen du droit à la rente, singulièrement de la causalité adéquate. c) Dans sa décision sur opposition, la CNA a qualifié l'accident du 9 février 2016 comme étant de gravité moyenne et celui du 22 juillet 2016 comme un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité. Cette appréciation de la gravité des accidents n'est pas critiquable. S'il est vrai, comme le relève la CNA, qu'on dispose de peu d'informations sur les forces en jeu au moment où le recourant a été percuté par le fauteuil de jardin, il n'en demeure pas moins que celles-ci n'atteignent en tout cas pas le degré nécessaire pour que l'accident soit qualifié de grave. La gravité de l'accident du 22 juillet 2016 est moindre, l'assuré ayant chuté de sa hauteur, de sorte qu'une classification comme un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité ne prête pas le flanc à la critique. d) Comme vu ci-dessus, il convient d'examiner la causalité adéquate au regard des critères applicables en cas de « coup du lapin » ou de traumatisme cranio-cérébral, ce qui implique de tenir compte non seulement des atteintes purement physiques, mais également des troubles non objectivables. aa) La CNA a, à juste titre, nié l'existence de circonstances concomitantes à l'accident particulièrement dramatiques ou de son caractère particulièrement impressionnant. Comme elle le rappelle, tout accident de gravité moyenne a un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime. Or, l'examen de ce critère se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse (ATF 148 V 301 consid. 4.4.3 et les références). En l'occurrence, le déroulement de l'accident du 9 février 2016 ne peut être décrit comme particulièrement impressionnant, même en tenant compte du fait que le recourant a vu que le fauteuil était en train de tomber dans sa direction. Dans ce contexte, le poids du fauteuil et la vitesse à laquelle il a chuté ne sont pas déterminants. Quant à la chute du 22 juillet 2016, elle ne présente aucun caractère particulièrement impressionnant. Ces deux accidents n'ont par ailleurs pas été entourés de circonstances particulièrement dramatiques. bb) S'agissant du critère de la gravité ou la nature particulière des lésions, le

diagnostic de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral ne suffit pas, en soi, pour conclure à la réalisation du critère invoqué. Il faut encore que les douleurs caractéristiques d'une atteinte de ce type soient particulièrement graves ou qu'il existe des circonstances spécifiques qui influencent le tableau clinique (ATF 134 V 109 consid. 10.2.2 et les références ; TF 8C\_427/2013 du 19 mars 2014 consid. 6.2). En l'occurrence, le recourant a subi, en quelques mois, deux accidents ayant entraîné des troubles typiques d'un traumatisme à la colonne cervicale, respectivement crânio-cérébral. Compte tenu également de la lésion à l'épaule droite qui s'est rajoutée aux atteintes précitées, on peut se demander si l'ensemble de ces éléments permettrait de remplir le critère de la gravité ou la nature particulière des lésions. Cette question peut toutefois demeurer indéterminée dans la mesure où un autre critère doit être reconnu comme rempli de manière particulièrement marquée, comme cela va être démontré ci-dessous. cc) La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder le critère du traitement médical spécifique et pénible (TF 8C\_259/2022 du 28 novembre 2022 consid. 8.3.3 ; TF 8C\_400/2020 du 14 avril 2021 consid. 4.5). En l'occurrence, le traitement antidouleur et les séances de physiothérapie en lien avec l'atteinte à l'épaule droite ne sont par conséquent pas déterminants. Le traitement vestibulaire proposé par le Dr L. \_\_\_\_\_ semble avoir été passablement pénible et éprouvant (cf. courriels de l'assuré des 1<sup>er</sup> octobre et 6 décembre 2019), certains exercices ayant causé une augmentation des symptômes de nausées et de malaises pendant plusieurs jours (recours p. 9). Ce traitement a consisté en 18 séances réparties sur une année seulement, du 3 octobre 2019 au 24 septembre 2020 (rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 23 décembre 2020), et ne constitue dès lors pas un traitement prolongé. dd) S'agissant de l'intensité des douleurs, il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption conséquente durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C\_400/2020 du 14 avril 2021 consid. 4.3 et les références). En l'occurrence, le recourant a souffert d'importantes douleurs, surtout dans les suites de l'accident du 22 juillet 2016, qui ont justifié un traitement antalgique à base de morphine. Il a également présenté des vertiges dès le premier accident, lesquels se sont pleinement développés à l'arrêt du traitement analgésique et sont devenus son principal problème de santé, persévérant avec une intensité constante depuis lors (examen du Dr A. \_\_\_\_\_ p. 7). Ces vertiges sont omniprésents dans la vie du recourant. Ils sont déclenchés par des stimuli extérieurs, des bruits abruptes et d'une certaine intensité, des stimuli visuels intenses ou des stimuli sociaux intenses. Quand le recourant descend un escalier ou entre dans un lieu fermé, par exemple l'entrée dans un tunnel en voiture ou en métro, les vertiges sont déclenchés. La présence de plusieurs personnes, de conversations ambiantes, par exemple dans le train, une musique dans un écouteur, sont systématiquement des stimuli. La conduite automobile, soit comme conducteur ou comme passager, est devenue impossible vu le déclenchement des vertiges. Le déroulement des vertiges, une fois déclenchés, est le suivant : sensation de vertiges, puis nausées souvent avec vomissements, puis l'estomac noué et souvent crise de diarrhée immédiate. S'ajoute aussi très fréquemment une dimension émotionnelle qui accompagne les sensations, avec une irritation, un agacement irrépressible et une colère qui monte et qui s'exprime facilement sur un mode verbal (examen du Dr A. \_\_\_\_\_ p. 8). Ces vertiges impactent très fortement la vie quotidienne

de l'assuré. Celui-ci disposait en effet d'un sens de l'équilibre particulièrement développé puisqu'il avait atteint un niveau très élevé en patinage artistique (ancien champion belge et participation à des sélections internationales) et disposait d'une licence de pilote d'avion depuis 2002 (courriel de l'assuré du 9 janvier 2018 et rapport de l'entretien à la CNA du 9 mai 2018). Avec l'apparition des vertiges, il a dû renoncer à piloter, de même qu'à conduire une moto ou une voiture (courriel de l'assuré du 9 janvier 2018, rapport de l'U. \_\_\_\_\_, examen du Dr A. \_\_\_\_\_ p. 8). Les troubles qu'il présente l'ont également contraint à déménager pour habiter un rez-de-chaussée du fait que l'utilisation de l'ascenseur pour aller à son logement devenait de plus en plus pénible (courriel du 5 décembre 2019). Malgré les traitements entrepris, les vertiges n'ont manifestement pas diminué étant donné qu'ils ont entraîné régulièrement des chutes, notamment dès l'année 2020, lesquelles ont, à leur tour, impliqué des douleurs et parfois également des conséquences plus graves, comme une déchirure du tendon de l'épaule gauche (rapport médical intermédiaire du Dr G. \_\_\_\_\_ du 28 août 2020) ou l'aggravation des acouphènes à la suite de la chute du 8 avril 2020 (rapport médical intermédiaire du Dr G. \_\_\_\_\_ du 28 août 2020 ; voir également point de situation du 27 avril 2021 et courriel de l'assuré du 31 mars 2022). Le recourant a aussi présenté, dans les suites des accidents de 2016, des troubles cognitifs, influencés par les douleurs et les vertiges, avec des implications non négligeables sur ses aptitudes (examen neuropsychologique de l'U. \_\_\_\_\_ et de la P. \_\_\_\_\_). Si le niveau cognitif du recourant lui permet de continuer à fonctionner au quotidien, il ressort des rapports au dossier qu'il disposait d'un haut niveau d'aptitudes cognitives, qu'il n'a plus retrouvé depuis les accidents de 2016 (examen neuropsychologique de l'U. \_\_\_\_\_, examen du Dr A. \_\_\_\_\_ p. 10). Il a ainsi notamment expliqué qu'il avait publié plusieurs livres, mais qu'il n'a pas repris la plume depuis ses accidents car il n'est plus en mesure de conceptualiser clairement une histoire et qu'il n'arrive plus à écrire ni à lire longtemps car le regard fixe ou légèrement balayant déclenche des vertiges (examen du Dr A. \_\_\_\_\_ p. 8-9). Les troubles présentés par le recourant à la suite des deux accidents de 2016 ont en outre entraîné un retrait social important, le recourant expliquant qu'il ne sort quasiment plus qu'accompagné de son épouse et que leur couple a pratiquement renoncé à une vie sociale car les repas amicaux avec des couples d'amis lui sont devenus extrêmement pénibles en raison des bruits de vaisselle et des conversations voisines, qui déclenchent des vertiges (examen du Dr A. \_\_\_\_\_ p. 8). Au vu de ce qui précède, il faut reconnaître que les douleurs et troubles dont souffre le recourant depuis les accidents de 2016 sont d'une intensité toute particulière et qu'ils ont entraîné des conséquences très importantes sur sa vie quotidienne, en comparaison de celle qu'elle était auparavant. Il se justifie dès lors de retenir que le critère de l'intensité des douleurs est présent de manière particulièrement marquée, ce qui justifie l'admission d'un lien de causalité adéquate. ee) Au vu de cela, il n'apparaît pas nécessaire d'examiner les critères pour l'examen de la causalité adéquate restants. On peut toutefois relever qu'il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical à déplorer, ni de difficultés apparues au cours de la guérison, ni de complications importantes et qu'il ne ressort pas du dossier que le recourant aurait déployé des efforts en vue de reprendre une activité, étant précisé que la durée de l'incapacité de travail n'est pas déterminante s'agissant des critères en matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7 ; TF 8C\_21/2021 du 11 mars 2022 consid. 6.4.3).

Il résulte de ce qui précède qu'en date du 28 février 2022, le recourant présentait toujours des symptômes typiques d'un traumatisme cranio-cérébral, respectivement d'un traumatisme à la colonne cervicale, en lien de causalité naturelle et adéquate avec les accidents des 9 février et 22 juillet 2016. Il convient dès lors d'examiner si la persistance de ces atteintes doit conduire à l'octroi de prestations de la part de la CNA, singulièrement si elles justifient l'octroi d'une rente et/ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Faute d'avoir reconnu l'existence de troubles en lien de causalité avec les accidents de 2016, la CNA n'a pas instruit la question du caractère incapacitant des atteintes présentées par le recourant et les pièces au dossier ne permettent pas de se prononcer sur cette question. En effet, le rapport d'expertise d'EE. \_\_\_\_\_ du 4 décembre 2024, qui se prononce sur la capacité de travail du recourant, retient de nombreuses limitations fonctionnelles, dont il n'est pas évident qu'elles soient toutes rattachables à des atteintes découlant des accidents de 2016. Il est cependant manifeste que les troubles présentés par le recourant à la suite de ces accidents ont un caractère incapacitant. Il y a ainsi lieu de renvoyer la cause à la CNA pour qu'elle complète l'instruction sur le caractère invalidant des atteintes présentées par le recourant, qui sont en lien de causalité avec les accidents de 2016. Une fois que le caractère invalidant des atteintes en lien de causalité avec les accidents aura pu être déterminé, il appartiendra à la CNA de statuer sur l'éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

### **E. 13**

Il ressort des considérants qui précèdent qu'il n'est pas nécessaire, en vue de statuer sur le lien de causalité, de mettre en œuvre une nouvelle IRM ou une seconde expertise au sujet de la déhiscence du canal semi-circulaire et de l'hydrops endolymphatique, comme le requiert le recourant. Il en va de même de sa demande d'auditionner le Dr B. \_\_\_\_\_ comme témoin. Ces requêtes peuvent ainsi être rejetées, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

### **E. 14**

a) Le recours est par conséquent admis et la décision sur opposition du 18 novembre 2022 est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA). c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.