

VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 813 vom 3. September 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__813

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 813 du 3 septembre 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 813 del 3 settembre 2025

Regeste

AA, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, LIEN DE CAUSALITÉ, TRAUMATISME CERVICAL, AFFECTION PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE | 6 al. 1 LAA

Erwägungen

E. 3

septembre 2025 _____ Composition : Mme Durussel ,
présidente MM. Piguët et Tinguely, juges Greffière : Mme Cuérel ***** Cause
pendante entre : T. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne, et A. _____ SA , à [...], intimée, représentée son Service juridique, à Zurich.
_____ Art.

E. 6

al. 1 LAA E n f a i t : A. T. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé en qualité d'assistant de sécurité publique 3 (ci-après : ASP ou ASP3) à 100 % auprès de E. _____ depuis le 1^{er} septembre 2011 et était assuré contre le risque d'accident auprès d'A. _____ SA (ci-après : [...] ou l'intimée). B. Le 18 janvier 2016, l'assuré a chuté en arrière sur le sol verglacé et subi une violente torsion au niveau des cervicales. Dans un rapport du 2 mars 2016, le Dr D. _____, médecin praticien, a constaté une lésion traumatique cervicale après une chute avec torsion cervicale et choc contre la tête. L'assuré a été en incapacité de travail jusqu'au 21 mars 2016, date à laquelle il a repris le travail. C. Le 22 mars 2016, le véhicule de l'assuré a subi un choc latéral avant gauche du fait d'un automobiliste qui n'a pas respecté le feu rouge. L'assuré, légèrement blessé, a été pris en charge par les urgences aux R. _____ (ci-après : [...]). La fiche d'intervention des ambulanciers du 22 mars 2016 indique que le choc avait eu lieu à une vitesse d'environ 40 km/h et avait induit un traumatisme crânien pariétal gauche sur le montant du bus ; aucun airbag ne s'était déployé ; il n'y avait pas eu de perte de connaissance ni d'amnésie mais le patient cherchait ses mots quelques fois ; l'assuré avait senti une contracture à gauche de la colonne niveau C1-C5 ; le score de Glasgow était de 15. Selon un rapport du 3 juin 2016 du Dr P. _____, spécialiste en médecine interne au Service de médecine de premier recours, l'assuré était en bon état général lors de son arrivée, orienté dans l'espace et le temps, avec des douleurs à la palpation de la colonne vertébrale cervicale (C2-C5). La radiographie ne montrait pas de fracture ni de saignement. Un traitement antalgique et myorelaxant a été prescrit à l'assuré pour une à deux semaines, ainsi qu'un arrêt de travail du 22 au 27 mars 2016. L'assuré a consulté le Dr V. _____, spécialiste en neurologie, en raison de suspicions d'hypertension intracrânienne. Dans son rapport du 18 avril 2016, ce médecin a relevé qu'il n'y avait eu aucune perte de connaissance lors des deux accidents et a noté que l'assuré présentait une clinique de

céphalées et de tension cervicale musculaire relativement classique à la suite d'un traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC) mineur. L'examen clinique ciblé était normal et la revue du scanner du 22 mars 2016, qui ne comprenait pas de séquences angiographiques, se révélait normale hormis les nerfs optiques un peu sinueux et des uncus temporaux qui semblaient proches de la région latérale du tronc ; il n'y avait pas de compression des ventricules ni des sinus veineux. Le Dr V. _____ a ajouté que la problématique des douleurs cervicales hautes d'origine musculaire pouvait s'inscrire dans le contexte des deux TCC mineurs récents ainsi que dans la problématique possible de SAOS (syndrome d'apnées obstructives du sommeil). Suivant la proposition du Dr V. _____ afin d'écarter une éventuelle hypertension intracrânienne, une IRM cérébrale a été réalisée le 25 avril 2016. Elle a révélé un épanchement versus œdème des gaines des nerfs optiques des deux côtés, sans signe inflammatoire et l'absence d'effet de masse anormal intracrânien. Le 1^{er} juin 2016, le Dr D. _____ a diagnostiqué une commotion cérébrale et un syndrome post-commotionnel et a rapporté la persistance de symptômes visuels et d'équilibre. Des investigations étaient en cours. La reprise du travail était prévue pour le 1^{er} juin 2016. D. L'évolution des troubles étant peu favorables, le 7 novembre 2017, l'assuré a annoncé une rechute de l'accident du 22 mars 2016 à la suite de la consultation du 30 octobre 2017 auprès du Dr L. _____, spécialiste en neurologie, en raison d'une céphalée posttraumatique persistante en lien avec l'accident, avec notamment migraine avec aura, étant précisé que l'examen neurologique était normal. Ce spécialiste a proposé un traitement antimigraineux de fond. Dans un rapport daté du 7 décembre 2017, le Dr D. _____ a indiqué que le patient se plaignait de troubles visuels et de céphalées récurrentes depuis l'accident. L'évolution des troubles migraineux était fluctuante, étant précisé que les horaires nocturnes et la surcharge de travail influaient de manière défavorable le processus de guérison. Il a retenu les diagnostics de syndrome post-commotionnel et migraine avec aura ; il n'existait aucune limitation fonctionnelle si ce n'était la tolérance à la surcharge et au stress. Il a attesté de très brefs arrêts de travail en 2017. Dans un complément du 27 décembre 2017, ce médecin a précisé l'anamnèse en ce sens que l'assuré avait décrit à la consultation du 22 janvier 2016 avoir eu des troubles visuels sous forme de vision kaléidoscopique, une hypersensibilité à la lumière et au bruit dans la nuit du 18 janvier 2016. Le 29 janvier 2016, l'assuré s'était plaint de douleur cervicale et céphalée frontale, puis, le 1^{er} mars 2016, de cervicalgie persistante et douleur lombaire et, le 11 mars 2016, de cervicalgie droite persistante. Il avait ensuite décrit régulièrement des troubles de la vision et de l'équilibre, puis des céphalées lors de consultations entre mars 2016 et novembre 2017. Le patient ne souffrait ni de céphalées ni de migraines avant l'accident. Le cas a été soumis au médecin-conseil de l'assurance, le Dr Z2. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a validé, a priori, la prise en charge de la rechute dans son appréciation du 2 mai 2018, tout en sollicitant un complément d'instruction. Après plusieurs périodes d'arrêts de travail, l'assuré a été en incapacité de travail totale continue dès le 29 mai 2018. Le 14 juin 2018, l'assuré a bénéficié d'une IRM cérébrale et angio IRM cérébrale qui a conclu à l'absence d'évolution significative depuis l'examen de 2016, en particulier pas de lésion vasculaire, expansive ni séquellaire posttraumatique, et à la persistance d'un épanchement liquidien de la gaine des deux nerfs optiques, inchangé, dont le caractère pathologique était peu probable en raison de l'absence de rehaussement associé et d'évolution depuis 2016 ; une origine physiologique était privilégiée en défaveur d'une lésion inflammatoire. Un épaississement muqueux des parois sinusales pouvant refléter une atteinte sinusale chronique était en outre constatée. Au vu de

la symptomatologie vertigineuse et de plaintes concernant l'équilibre, l'assuré a fait l'objet d'un examen auprès du Service d'oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL) du C. _____ (ci-après : [...]) le 16 août 2018 confirmant une fonction otolithique sacculaire et une fonction otolithique utriculaire normales des deux côtés. Le Dr L. _____ a informé la médecin du travail que l'assuré souffrait de céphalée posttraumatique persistante avec migraine avec aura survenue à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral en mars 2016 et que sa capacité de travail en qualité d'ASP était difficile à déterminer. Dans des rapports du 19 août 2018 et du 13 septembre 2018, le Dr D. _____ a retenu le diagnostic de migraines ophtalmiques récurrentes, déclenchées lors du travail de nuit par des lumières et le cumul de la fatigue. Il a relevé que le patient déclarait ne pas pouvoir reprendre son travail en raison de l'hypersensibilité à la lumière, les sensations vertigineuses et une vision perturbée par des images kaléidoscopiques en périphérie. Il a ajouté que soit extrinsèquement comme suite de l'accident et/ou soit intrinsèquement par sa personnalité, il semblait que le patient souffrait d'un état anxiodépressif chronifié ; il cristallisait sur l'accident du 22 mars 2016 avec commotion cérébrale, avec le sentiment d'avoir eu peu de reconnaissance de prise en charge de son environnement professionnel. A titre de limitations, le médecin a retenu la gêne due à des troubles de la vision qui déformaient les images et projetaient des images d'aspect kaléidoscopique, ainsi qu'un sentiment de trouble vertigineux. Sur le plan ophtalmologique, l'assuré a été pris en charge par la Consultation de l'hôpital [...], notamment par le Dr Z9. _____, médecin de l'Unité d'oculogénétique. Celui-ci a requis l'avis de la Prof. K. _____, professeure dans l'Unité de neuro-ophtalmologie du même hôpital, par courrier du 3 octobre 2018 dans lequel il a notamment rappelé que l'assuré était un ex-sportif de haut niveau ([...] full contact) avant d'indiquer qu'à l'examen oculaire, un status orthoptique avait démontré une exophorie et une insuffisance de convergence pour lequel il lui avait prescrit une correction adaptée à son âge. Le reste du status ophtalmologique, entre autres une angiographie à la recherche de trouble vasculaire, était normal avec un champ visuel physiologique. La Prof. K. _____ a répondu le 29 octobre 2018 que l'examen neuro-ophtalmologique ne montrait pas d'évidence d'une neuropathie optique ou d'un œdème papillaire ; une hypertension hypercrânienne lui semblait peu probable. Il était conseillé à l'assuré une consultation auprès du service Basse Vision afin d'essayer les filtres pouvant améliorer la photosensibilité. L'assuré s'est en outre rendu à une consultation à l'Unité d'otoneurologie et d'audiologie du C. _____, à l'issue de laquelle, dans un rapport daté du 2 novembre 2018, les Drs Z. _____, médecin chef, et Z4. _____, médecin assistant, ont écarté toute atteinte organique vestibulaire, périphérique ou centrale et ont relevé une audition normale. Les symptômes décrits par l'assuré pouvaient s'inscrire dans un contexte de troubles neuropsychologiques persistants post commotion cérébrale (2016). Les performances d'équilibre étaient globalement normales outre un centre de gravité postural déplacé vers l'avant. Il était proposé à l'assuré de revoir son neurologue. Le 26 mars 2019, le Dr L. _____ a adressé le patient au Centre des céphalées du C. _____, rappelant que les bilans neuro-ophtalmologique et neuro-ORL étaient dans la norme et précisant que les troubles visuels allaient beaucoup mieux depuis la prise de CBD. Le 25 avril 2019, il a attesté l'incapacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle qui exigeait des horaires irréguliers et des efforts physiques en raison de céphalées persistantes associées à des troubles visuels et à des troubles de l'équilibre. La Prof. K. _____ a confirmé le 25 avril 2019 que le CBD initié en février 2019 avait immédiatement résolu les scotomes scintillants (auras visuels) mais que les céphalées migraineuses, qui pouvaient être

déclenchées par certaines lumières fortes, persistaient. Une consultation dans le Service de la Basse Vision était prévue. En l'état, la vision de l'assuré était de 100 % aux deux yeux. Dans un rapport du 9 mai 2019, elle a ajouté que le rapport entre la photosensibilité et la capacité de travail était subjectif. Le

E. 7

mai 2019, l'assuré a fait l'objet d'une évaluation par le Dr N. _____, médecin spécialiste en neurochirurgie, à la demande d'[...]. L'expert a conclu que les troubles étaient en lien de causalité, avec vraisemblance prépondérante, avec l'accident de janvier 2016 mais que le lien de causalité entre le bouquet de symptômes et l'accident de mars 2016 n'était que possible, partant de la prémisse que le choc contre le crâne n'était pas documenté pour cet événement. Sur le plan médico-théorique, une reprise du travail était exigible au plus 3 à 4 semaines après le second événement, étant précisé que le pronostic était compromis par des facteurs étrangers aux accidents. Le 14 mai 2019, le Dr L. _____ a indiqué à la médecin du travail de l'employeur que l'assuré présentait toujours une céphalée et une cervicalgie posttraumatiques persistantes ainsi qu'une photophobie mais qu'il n'avait plus d'aura visuelle à la suite de la prise de CBD, ajoutant que les troubles de l'équilibre s'étaient améliorés également. Sur le plan rachidien, la radiographie de la colonne dorsale du 11 juin 2019 a révélé une hypercyphose dorsale modérée avec remaniements discarthrosiques du rachis dorsal inférieur. L'IRM dorsale effectuée le 17 juin 2019 a mis en évidence de légers troubles statiques en position allongée avec discopathie étagée du rachis dorsal moyen sans véritable hernie et une petite protrusion discale en D4-D5, D7-D8 et D8-D9, dont uniquement celle de D4-D5 entrant en contact avec le cordon médullaire. Dans le cadre de la prise en charge relative aux migraines, l'assuré a consulté le service de neurologie du C. _____. Dans leur rapport du 8 octobre 2019, le Prof. Q. _____, médecin chef, et la Dre Z7. _____, médecin assistante, ont conclu que les symptômes décrits par le patient étaient compatibles avec des migraines chroniques avec aura, associées à un phénomène d'hypersensibilité dans le cadre d'un syndrome de stress posttraumatique développé progressivement depuis la fin du mois de mars 2016. Dans un rapport du 17 mars 2020, la Dre Z12. _____, médecin assistante du même service, a noté que le poste qu'occupait l'assuré auparavant impliquant le travail de nuit, la conduite de véhicule et le port d'arme semblait difficile à assumer par le patient. Poursuivant l'instruction, A. _____ SA a mis en œuvre une expertise neurologique auprès du Dr H. _____, spécialiste en neurologie, qui a rendu son rapport le 24 mars 2020. S'agissant de l'accident du 18 janvier 2016, il a relevé que l'assuré avait été victime d'un choc contre l'épaule droite et l'occiput ainsi que d'une distorsion cervicale. En ce qui concernait l'accident du 22 mars 2016, l'assuré avait heurté violemment de la tête le montant central entre les deux vitres du côté gauche du véhicule. Au terme de son bilan, l'expert a relevé qu'on se trouvait en face d'une situation tout à fait inhabituelle de par son importance et ses conséquences apparemment majeures sur la capacité de travail. En effet, l'assuré avait été victime d'un premier événement accidentel le 18 janvier 2016 dont la description était compatible avec un TCC mineur et une distorsion cervicale simple, de degré I à II, dont l'évolution avait été apparemment favorable puisque l'assuré signalait lui-même la disparition pratiquement complète des troubles, autorisant une reprise normale de l'activité professionnelle. En conséquence, il était peu probable que cet événement accidentel fut la cause des troubles dont l'assuré s'était plaint par la suite. Le deuxième événement comportait un accident de voiture banal, avec probablement une distorsion cervicale (que le patient ne signalait pas) et un probable choc crânien contre le montant central gauche de la voiture, toutefois sans perte de

connaissance mais avec, dans les suites immédiates de l'accident, l'apparition de douleurs cervicales. Sur la base des éléments à disposition, l'expert a conclu à l'absence d'atteinte structurelle posttraumatique ou de nature malformative/maladie du système nerveux central à l'origine des troubles. Il n'y avait pas non plus d'éléments pour une atteinte structurelle de nature ophtalmique et oto-neuro-vestibulaire. Il apparaissait une certaine discordance entre l'importance des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail d'une part et l'absence d'anomalies objectives d'autre part, ce d'autant plus que l'importance des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail étaient uniquement basées sur les déclarations de l'assuré qui pouvaient prêter à caution dans certaines situations. Si l'apparition des troubles pouvait être considérée comme en relation de causalité naturelle probable avec l'événement accidentel, surtout celui du 22 mars 2016, la persistance mais surtout l'importance encore actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail ne pouvaient être considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec le caractère objectivement mineur de l'accident du 22 mars 2016. La relation de causalité entre les troubles et l'événement accidentel devait, au sens de la vraisemblance prépondérante, sur le plan neurologique/somatique, être limitée à une période de quelques semaines après le deuxième événement. Sur le plan diagnostique, l'expert a retenu des céphalées mixtes, migraineuses, tensionnelles et possiblement médicamenteuses, avec une possible composante de majoration liée à des facteurs extra-somatiques. Il a suggéré que le plan psychiatrique fasse l'objet d'une investigation. Selon un rapport du 2 avril 2020, le Prof. Q._____ et le Dr Z1._____, médecin assistant, ont modifié le traitement au vu de l'absence d'amélioration de l'état de l'assuré, élément qui ne modifiait pas les conclusions de l'expert, selon son courrier du 8 avril 2020. Le 15 septembre 2020, le Prof. Q._____, assisté du Dr Z13._____, a constaté une stabilité dans la symptomatologie et a sollicité une consultation de Médecine Manuelle à I._____ pour un bilan spécialisé au vu d'une composante myofasciale importante. Dans un courrier du 14 juillet 2021, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, incluant un volet psychiatrique. Interpellé sur ces nouveaux éléments, l'expert H._____ a indiqué dans un courrier du 17 août 2021 que les conclusions des neurologues ne modifiaient pas son avis mais que la demande d'expertise psychiatrique lui paraissait justifiée compte tenu de l'absence d'explication posttraumatique claire aux troubles et dans le contexte d'une prise en charge psychiatrique déjà en cours. L'IRM cérébrale avec angio-IRM des artères crâniennes du 15 juillet 2022 a confirmé l'absence de complication posttraumatiques. A._____ SA a mis en œuvre une expertise psychiatrique et le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, a rendu son rapport le 25 août 2022. Ce spécialiste a retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1), probable état de stress posttraumatique (F43.1) étant précisé que ce diagnostic a questionné l'expert qui a relevé certaines incohérences et a posé les diagnostics différentiels de syndrome post-commotionnel (F07.2), trouble somatoforme (hypocondriaque) (F45) et, plus probablement, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiatriques (F68.0). L'expert a considéré qu'il y avait une causalité naturelle vraisemblable entre l'apparition d'un état de stress posttraumatique et le second accident uniquement ; en revanche l'évolution constatée et sa persistance avec une telle intensité dans le temps étaient totalement inhabituelles surtout pour un accident tel qu'il avait été décrit. La persistance de cette intensité était peu vraisemblable. Pour le diagnostic de dysthymie, le lien de causalité naturelle était au maximum possible. Pour les autres diagnostics différentiels, le lien de causalité naturelle était peu vraisemblable. Les accidents ne pouvaient expliquer l'évolution

et la gravité de la symptomatologie présentée. Il est apparu en cours d'expertise que l'assuré était suivi par la Dre G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, depuis le 13 février 2019 et que cette psychiatre avait posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxiété, sans comorbidité psychiatrique, précisant que l'évolution était positive et que le trouble était en phase de rémission selon son rapport du 27 août 2019 ; le pronostic de reprise de travail dans son poste d'ASP était positif sous condition d'une reprise progressive et adaptée à ses limitations neurologiques. Par la suite, elle a retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive et état de stress posttraumatique. Dans son rapport du 21 janvier 2021, elle a mentionné des vertiges, des troubles du sommeil, des atteintes cognitives, des ruminations envahissantes, de l'anxiété, ainsi qu'un état d'hypervigilance, une tendance à s'effrayer facilement, la présence de cauchemars liés à l'accident et une perte de confiance. Dans un rapport du 14 septembre 2021, elle a précisé que le diagnostic d'état de stress posttraumatique était en lien avec l'accident et avait été renforcé par un manque de soutien de son réseau professionnel ainsi que des situations de stress dans le domaine privé. Elle a relevé la présence de reviviscences, d'un émoussement émotionnel, d'un isolement social dû à des comportements d'évitement, d'anhédonie ainsi qu'un état de qui-vive, une hypervigilance, un hyperveil neurovégétatif, une photophobie manifeste et une anxiété quasi permanente. Puis il est également apparu que l'assuré avait fait l'objet d'une évaluation psychiatrique par le Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu un rapport le 4 février 2019. Ce médecin a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.01), dont la présentation des symptômes n'était pas très claire, et une probable majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) dans la mesure où l'incidence du handicap semblait de plus en plus importante, malgré l'éloignement du traumatisme. Dans un rapport du 5 décembre 2022, le Prof. Y. _____, spécialiste en neurologie, a suspecté une névralgie d'Arnold et a fait état d'un examen neuropsychologique concluant à des troubles attentionnels légers, de légères difficultés exécutives, des symptômes cliniques importants liés au TCC relevés dans des auto-questionnaires et à l'anamnèse et cliniquement une thymie légèrement abaissée et une légère tendance à la dévalorisation. Le trouble neuropsychologique d'intensité légère à moyenne était compatible avec le décours du traumatisme crânien. Même si, en général, les troubles post-commotionnels étaient rapidement résolutifs, il existait certains cas chroniques où les symptômes pouvaient durer plusieurs mois/années, en particulier en cas de chocs crâniens répétés et/ou en présence de lésions du rachis cervical. D'un point de vue neuropsychologique, la capacité fonctionnelle de l'assuré était légèrement limitée au quotidien et moyennement limitée dans des tâches requérant un niveau d'exigences et/ou un rendement élevé. Lors d'une consultation spécialisée pour les céphalées chroniques posttraumatiques, le Dr Z11. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique a posé le diagnostic de névralgie d'Arnold et a proposé une exploration et décompression chirurgicale à but de palliation de la douleur bien qu'il n'y ait que peu de chances d'améliorer les douleurs par cette voie. E. Par décision du 5 avril 2023, A. _____ SA a reconnu la relation de causalité naturelle jusqu'au 15 juin 2016, nié le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiatriques et les accidents et a mis fin à la prise en charge du traitement médical et aux indemnités journalières au 15 juin 2016 au soir. Le 15 mai 2023, le Département de la sécurité, de la population et de la santé de E. _____ s'est opposé à cette décision. Quant à l'assuré, il y a formé opposition par acte du 23 mai 2023, complété le 13 juillet 2023, par l'intermédiaire de son conseil. Il a en substance

contesté la valeur probante des expertises H. _____ et M. _____ et annoncé la réalisation d'une expertise privée. Dans l'intervalle, l'assuré a également requis des prestations de l'assurance-invalidité le 5 juillet 2018. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a mis en œuvre une expertise auprès d'I. _____, soit les Drs O. _____, spécialiste en médecine interne, U. _____, spécialiste en ophtalmologie et neuro-ophtalmologie, A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et B. _____, spécialiste en neurologie, sous la supervision du Dr Z3. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, qui ont rendu leur rapport d'expertise le 5 septembre 2023, intégrant un examen neuropsychologique réalisé par J. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie. Les experts ont retenu les diagnostics de syndrome post-commotionnel (F07.2) et d'asthme bronchique (J44). Ils n'ont pas retenu de limitation fonctionnelle d'ordre neurologique. En raison de la photophobie, il fallait éviter d'être exposé aux lumières vives (port de filtres pour l'exposition aux écrans). L'asthme commandait de ne pas s'exposer à des poussières ou des fumées ni aux intempéries. Sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles évaluées à l'aide du mini-CIF et en lien avec les douleurs étaient les suivantes : diminution de l'endurance, diminution des activités spontanées, diminution de la capacité à planifier une tâche et diminution de la capacité à prendre une décision. Ils ont admis que l'activité habituelle d'assistant de police armé n'était pas adaptée. L'assuré disposait d'une capacité de travail entière du point de vue neurologique, ainsi que dans une activité adaptée tenant compte du ressenti concernant la luminosité sur le plan ophtalmologique. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée depuis 2019. Dans un complément du 11 décembre 2023, le Dr A. _____ a estimé que la persistance des troubles liés au syndrome post-commotionnel était en lien de causalité naturelle probable avec l'accident du 22 mars 2016. Dans un complément du 21 décembre 2023, les Drs Z3. _____ et O. _____, ainsi que J. _____, ont confirmé qu'il n'avait pas été objectivé de lésion organique pouvant expliquer le tableau douloureux diffus de l'assuré ; en revanche le syndrome post-commotionnel était en relation de causalité probable avec l'accident du 22 mars 2016. Le 20 novembre 2023, la psychologue Z5. _____ qui suivait l'assuré depuis février 2019 a adhéré au diagnostic de syndrome post-commotionnel mais a qualifié la capacité de travail de l'assuré de nulle en toute activité. Interpellé par le conseil de l'assuré, le Dr Z6. _____, spécialiste en médecine générale, s'est interrogé, le 19 décembre 2023, sur l'employabilité au taux de 50 % de l'assuré d'un certain âge, qui devait éviter la lumière excessive, se garder des environnements bruyants ou encore susceptible de déclencher une crise d'asthme, qui ne conduisait que difficilement en raison d'un stress posttraumatique, qui avait de la peine à se concentrer, et qui ne pouvait rester longtemps devant un écran sans souffrir de douleurs cervicales et de céphalées. Il lui paraissait plus rentable d'accorder une rente complète (recte : entière) à l'assuré lui laissant le temps de trouver un emploi qui lui convienne. Répondant le 8 janvier 2024 à une demande du conseil de l'assuré, la Dre G. _____ a indiqué qu'initialement les diagnostics retenus étaient une dysthymie et un syndrome de stress posttraumatique mais que l'expertise pluridisciplinaire réalisée par l'OAI avait posé le diagnostic de syndrome post-commotionnel qui lui paraissait plausible. La capacité de travail était nulle dans toute activité au moins depuis 2019, date de la prise en charge. Si une amélioration clinique était attendue au début, l'évolution avait été défavorable à travers une chronicisation, un déconditionnement et finalement un découragement et une perte de confiance de l'assuré en l'avenir. Répondant le 15 février 2024 à la demande de l'assuré, le Prof. Y. _____ a conclu à un trouble

neuropsychologique désormais léger compte tenu de la légère baisse sur le plan attentionnel et des nombreuses plaintes rapportées à la suite de l'accident de 2016 ; il s'est notamment fondé sur un examen neuropsychologique réalisé le 6 décembre 2023 qui a conclu à un déficit attentionnel léger, à de nombreux symptômes cliniques liés au traumatisme relevés comme très significatifs dans les questionnaires et à l'anamnèse ainsi qu'à une thymie fortement abaissée. Il a posé les diagnostics de syndrome post-commotionnel chronifié et de dysfonction attentionnelle-cognitive. Il a adhéré aux conclusions des experts d'I. _____ selon lesquelles il existerait un lien de causalité entre les traumatismes de 2016 et le tableau du syndrome post-commotionnel persistant. Il s'est en outre rallié aux conclusions de l'expert B. _____ selon lequel il n'y avait pas de limitations de la capacité de travail sur le plan neurologique mais il a relevé que l'aspect neuropsychologique n'avait pas été considéré spécifiquement. Les troubles attentionnels influenceraient la capacité de travail d'une diminution de 20 % en supplément de l'incapacité de travail de 50 % retenue pour des motifs psychiatriques. A la demande de l'assuré, le Dr F. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, a rendu un rapport le 24 février 2024 posant les diagnostics en lien avec l'accident de la voie public du 22 mars 2016 de syndrome post-commotionnel, migraine ophtalmique, troubles cognitifs modérés, entorse cervicale avec cervicalgies persistantes sur syndrome cervico-vertébral marqué, brachialgies gauches intermittentes sur syndrome du défilé thoraco-brachial (ci-après : TOS) neurogène gauche modéré et probable syndrome de stress posttraumatique (ci-après : PTSD). En outre il a retenu les diagnostics de TCC léger le 18 janvier 2016 avec syndrome post-commotionnel modéré, partiellement régressif, coxarthrose droite, s/p capsulotomie arthroscopique, toilette articulaire et débridement du labrum acétabulaire antéro-supérieur pour conflit fémoro-acétabulaire antérieur bilatéral à prédominance droite, déchirure traumatique du labrum et lésions cartilagineuses acétabulaires en 2010, asthme bronchique mixte et allergies aux pollens multiples. Après avoir émis des critiques à l'encontre des appréciations des experts d'I. _____ de différentes spécialités, leur reprochant notamment de ne pas avoir retenu un TOS et une coxarthrose droite, il a contesté la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée retenue par les experts et l'a évaluée à 30 à 35 % de manière peu exploitable sur le premier marché du travail au moins depuis le 22 mars 2016. Le 26 mars 2024, le Prof. Q. _____ a répondu au conseil de l'assuré en ce sens que, de son point de vue, l'assuré présentait des céphalées posttraumatiques en lien direct avec le traumatisme de la voie publique du 22 mars 2016 ayant une limitation fonctionnelle et une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle. Le syndrome post-commotionnel et les céphalées engendreraient une incapacité de travail totale en toute activité. Se référant à ces derniers documents, l'assuré a complété sa position dans un courrier du 28 mars 2024, concluant à une incapacité de travail totale en raison des atteintes qui sont en lien de causalité avec les accidents. Le 17 avril 2024, E. _____ a maintenu son opposition. Dans un avis du 24 avril 2024, le médecin-conseil de l'intimée, le Dr Z8. _____, a indiqué que le dossier avait été instruit de manière aussi exhaustive que possible sur le plan médical mais qu'il en résultait des avis divergents qu'il ne pouvait pas départager et qu'il convenait maintenant de l'examiner sous l'angle de la causalité adéquate. A. _____ SA a rendu une décision rejetant les oppositions en date du 13 juin 2024. Elle a considéré que le droit aux indemnités journalières et au traitement médical prenait fin au 15 juin 2016. Retenant le diagnostic de syndrome post commotionnel posé lors de l'expertise I. _____, A. _____ SA a constaté que le lien de causalité adéquate entre l'accident du 22 mars 2016, qualifié de gravité moyenne, et l'atteinte persistante ne pouvait pas être admis au

terme de la jurisprudence topique, seul le critère de la longue incapacité de travail étant réalisé. F. L'OAI a rendu un projet de décision le 11 novembre 2024 accordant à l'assuré une rente entière dès le 1^{er} mai 2019 pour une capacité de travail de 50 % dans une activité restreignant l'endurance, les activités spontanées, la planification de tâches et la prise de décision. Il fait suite à des avis du X. _____ (ci-après : [...]) du 22 janvier et 2 mai 2024 validant les conclusions de l'expertise d'I. _____. G. Par acte daté du 9 août 2024, T. _____, représenté par son conseil Me Duc, a recouru contre la décision sur opposition du 13 juin 2024 et conclu principalement à sa réforme en ce sens qu'A. _____ SA doit lui verser de plus amples prestations et prendre en charge les frais relatifs aux pièces médicales produites, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à A. _____ SA pour complément d'instruction et nouvelle décision, avec suite de frais et dépens. Par courrier du 14 août 2024, la Juge instructrice a invité le recourant à préciser la conclusion I, en particulier les « plus amples prestations » requises. Par courrier du 26 août 2024, le recourant a modifié sa conclusion I en ce sens qu' A. _____ SA est condamnée à des prestations, soit des indemnités journalières et frais médicaux en sa faveur au-delà du 15 juin 2016 et à prendre en charge l'intégralité des frais relatifs aux pièces médicales qu'il avait produites. Dans son mémoire de réponse daté du 15 octobre 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours, dans la mesure de sa recevabilité, sous suite de frais et dépens. Elle a sollicité la production du dossier AI auprès de l'OAI, le dossier qu'elle avait produit ne contenant pas les pièces du dossier AI pourtant prises en compte dans la décision sur opposition. Dès lors que, par courrier du 24 octobre 2024, l'OAI n'a étonnamment pas autorisé l'intimée à transmettre copie du dossier AI à la Cour de céans, la Juge instructrice a dû requérir de l'OAI, le 4 novembre 2024, la production des rapports médicaux, expertises et décisions concernant le recourant. Ces pièces ont été versées au dossier le 8 novembre 2024. Les parties n'étant pas en mesure de confirmer que l'intégralité des pièces utiles avaient été produites, la production de l'intégralité du dossier AI a été requise de la Juge instructrice et celui-ci-ci a été versé au dossier le 20 février 2025. Dans sa réplique du 20 janvier 2025, le recourant a maintenu les conclusions de son recours. L'intimée a déposé une duplique datée du 4 février 2025 confirmant sa position. Le recourant a déposé de nouvelles déterminations les 18 mars 2025, 27 mars 2025 et 22 mai 2025. L'intimée a déposée des déterminations les 19 mars 2025 et 5 juin 2025. Puis le recourant a produit encore une écriture le 21 juillet 2025, ainsi qu'un bordereau de pièces fournies par son employeur et a sollicité un délai pour obtenir le détail de ses absences depuis les accidents de 2016 auprès de l'employeur. L'octroi d'un délai supplémentaire lui a été refusé par courrier du 23 juillet 2025 compte tenu des maintes occasions pour produire des pièces qui se sont présentées aux parties durant près d'une année et des explications données. Il ressort notamment des pièces nouvellement produites que le recourant a subi un nouvel accident de circulation le 6 juillet 2022 avec atteintes à l'avant-bras droit, au genou gauche, à l'épaule et aux mains gauche et droite. L'assuré a en outre bénéficié d'un suivi du Service de santé du personnel de E. _____ depuis juillet 2018 à la demande de son employeur. Le 14 décembre 2018, la Dre Z10. _____, spécialiste en médecine du travail du Service de santé du personnel de E. _____, a noté que le suivi était réalisé dans le contexte d'une incapacité complète maladie depuis juillet 2018 avec des absences récurrentes, soit 256 jours en trois ans dans les suites d'un accident de la voie publique. Elle a ensuite relevé le 23 janvier 2020 que les symptômes photophobiques de l'assuré, son incapacité à conduire régulièrement professionnellement et à utiliser une arme avec engagement physique n'avait pas permis la restauration d'une capacité de travail à son poste et que son incapacité à

travailler sur écran empêchait d'envisager une alternative pour une autre activité. Dans un avis du 4 août 2023, la Dre Z10._____ a confirmé que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas de retrouver son poste de travail d'ASP3 mais que l'émergence à moyen terme d'une capacité résiduelle de travail sur une autre activité demeurerait partiellement envisageable. H. Une audience de débats publics au sens de l'art. 6 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101) a eu lieu le 3 septembre 2025, lors de laquelle les parties ont pu plaider et le recourant a produit deux arrêts du Tribunal fédéral. Le 4 septembre 2025, le conseil du recourant a produit une liste des opérations. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile – compte tenu des fêtes estivales – (art. 38 al. 4 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à percevoir des prestations d'A._____SA au-delà du 15 juin 2016 pour les suites des accidents des 18 janvier et 22 mars 2016. 3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où les accidents des 18 janvier et 22 mars 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). 4. 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). 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 ; 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). 5. 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. Il est en l'espèce admis que les événements des 18 janvier et 22 mars 2016 constituent des accidents au sens de cette disposition. 6. a) 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 citées). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). 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). b) 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 crânio-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 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_712/2021 du

E. 10

août 2022 consid. 3.3.2). 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 citées). c) En l'espèce, il est d'emblée précisé que la rechute annoncée en novembre 2017 concernait l'accident du 22 mars 2016, de sorte que c'est sous l'angle de cet événement qu'il y a lieu d'examiner la situation. Cela étant, comme l'accident

du 18 janvier 2016 a été évoqué à plusieurs reprises durant l'instruction, il convient de relever que si le Dr D. _____ a diagnostiqué une lésion traumatique cervicale (L81 de la nomenclature CISP-2) dans son rapport du 2 mars 2016, il n'en a fait aucune description clinique, se limitant à relever l'existence d'une chute avec torsion cervicale et choc contre la tête. Aucune pièce médicale ultérieure ne fait état d'une quelconque lésion organique à la suite de cette chute et le recourant a pu reprendre le travail le 21 mars 2016. Le Dr H. _____ a considéré qu'il était peu probable que cet accident soit la cause des troubles persistants. Seul le Prof. Y. _____ a estimé que les symptômes s'étaient développés après le premier accident puis s'étaient péjorés avec le second, sans toutefois motiver ce point. Les experts d'I. _____ ont également conclu à ce que les troubles étaient en lien de causalité avec l'accident du 22 mars 2016. Ce sont donc bien les suites de l'accident du 22 mars 2016 qu'il s'agit d'examiner. aa) Il résulte de l'ensemble des pièces médicales que le recourant n'a souffert d'aucune lésion organique à la suite de l'accident du 22 mars 2016. Après l'examen réalisé aux urgences, le recourant a été vu en consultation par différents spécialistes et a été soumis à des examens dans les suites immédiates de l'accident, notamment sous forme d'imageries. Il n'en résulte aucun constat d'une quelconque lésion physique. Selon le Dr V. _____, le recourant souffrait de céphalées et tensions cervicales musculaires relativement classiques à la suite d'un TCC mineur. Si le recourant a pu reprendre le travail le 1^{er} juin 2016, l'évolution a ensuite été marquée par la persistance de céphalées, de troubles visuels, de troubles cognitifs, d'une photophobie et de vertiges régulièrement rapportés par le Dr D. _____, ce qui a incité le recourant à annoncer une rechute en novembre 2017 et ouvert une nouvelle instruction médicale approfondie du cas. La décision attaquée est principalement fondée sur l'expertise pluridisciplinaire d'I. _____, dont la valeur probante est mise en cause par le recourant. aaa) Sur le plan neurologique, l'expert B. _____ n'a pas retenu de diagnostic, ni de limitation fonctionnelle objectivable. Il a exclu une céphalée symptomatique en particulier posttraumatique sur la base des pièces neuroradiologiques. Il a relevé que ces dernières n'avaient révélé aucune lésion traumatique. Les IRM cérébrales avaient montré un épanchement de la gaine des nerfs optiques, dont le caractère pathologique était peu probable en raison de l'absence de rehaussement associé et d'une évolution stable depuis 2016 ; l'expert a adhéré à l'interprétation de cette anomalie inhabituelle par le spécialiste en neuroradiologie en ce sens qu'une origine physiologique était privilégiée en défaveur d'une origine inflammatoire. En outre, les plaintes ne lui semblaient guère plausibles dans le cadre d'une migraine même chronique avec un syndrome douloureux qui dépassait la région céphalique et des symptômes associés permanents ; les douleurs étaient permanentes, cotées au maximum de l'échelle subjective, partant de la région postérieure du crâne et irradiant dans la ceinture scapulaire des deux côtés. La photophobie était ostentatoire et les mouvements cervicaux étaient limités de façon majeure, ce qui contrastait avec l'absence de troubles dégénératifs documentés. L'expert s'est étonné de l'évolution d'emblée chronique et nullement modulée et ceci depuis des années. Il a expliqué que le tableau correspondait mal à une céphalée primaire telle que décrite dans la Classification Internationale des Céphalées, même si quelques éléments pourraient être de nature migraineuse, en particulier l'aura telle que décrite par l'assuré. Finalement, en prenant l'ensemble des éléments subjectifs, une céphalée primaire lui semblait peu probable et le tableau ressemblait bien davantage à une céphalée psychogène et plus vraisemblablement un tableau de majoration. Le Dr L. _____ avait retenu le diagnostic de céphalées posttraumatiques et de migraines avec aura en lien avec l'accident. L'expert B. _____ a cependant dûment expliqué les

motifs pour lesquels il a écarté ces diagnostics. Le Prof. Q. _____ a conclu que les symptômes décrits par le recourant étaient compatibles avec des migraines chroniques avec aura, associées à un phénomène d'hypersensibilité dans le cadre d'un syndrome de stress posttraumatique. Dans son rapport du 8 octobre 2019, ce médecin indiquait que le tableau réunissait tous les critères de la migraine hormis l'unilatéralité, à savoir l'intensité, la pulsatilité, l'association à des nausées/vomissements et une photo-phonophobie ainsi que la majoration à l'effort avec le phénomène d'aura claire et une sensation vertigineuse constamment associée. Il a ainsi également relevé un problème d'étendue des symptômes. Ce spécialiste a ensuite adhéré au syndrome post-commotionnel posé par les experts d'I. _____, qui s'ajoutait, selon lui, aux céphalées posttraumatiques en lien avec l'accident. Il n'a cependant pas étayé ses diagnostics ni répondu aux arguments de l'expert dans son rapport du 26 mars 2024, notamment sur le caractère ostentatoire de la photophobie et sur les motifs qui ont été invoqués par l'expert pour écarter le diagnostic de céphalée. Après avoir constaté l'absence d'atteinte structurelle posttraumatique du système nerveux central, d'atteinte structurelle de nature ophtalmique et oto-neurovestibulaire à l'origine des troubles, l'expert H. _____ a posé le diagnostic de céphalées mixtes avec une possible composante de majoration liée à des facteurs extra-somatiques ; sur le plan neurologique/somatique, le lien de causalité entre l'accident et les troubles devait être limité à une période de quelques semaines après l'événement, leur persistance ne pouvant être considérée comme étant en relation de causalité naturelle avec le caractère objectivement mineur de l'accident. Ce spécialiste a ainsi également relevé la situation inhabituelle, la discordance importante entre les troubles et leur répercussion, d'une part, et l'absence d'anomalies objectives, d'autre part. L'avis du Dr H. _____ est fondé sur les mêmes éléments que l'expert B. _____ ; il en a fait une appréciation, non sans avoir manifesté quelques doutes, qui ne diffère que très légèrement de celle de l'expert B. _____. Le Prof. Y. _____ a d'abord, en décembre 2022, suspecté une névralgie d'Arnold et constaté des troubles attentionnels légers, de légères difficultés exécutives, des symptômes cliniques importants liés au TCC relevés dans des auto-questionnaires et à l'anamnèse ; le trouble neuropsychologique d'intensité légère à moyenne était compatible avec le décours du traumatisme crânien. Puis, en février 2024, il a adhéré aux conclusions des experts d'I. _____ et admis le diagnostic de syndrome post-commotionnel chronifié et de dysfonction cognitive, en lien avec l'accident ; il a qualifié le trouble neuropsychologique de léger. On relève d'emblée que ce spécialiste a été annoncé comme expert privé par le recourant alors qu'il avait déjà été consulté par l'assuré qui avait ainsi été son patient. On ne saurait par conséquent qualifier son rapport d'expertise privée. En outre, le Prof. Y. _____ se prononce sur l'état général de l'assuré, y compris dans des domaines sortant de son domaine de spécialité. Puis, pour les limitations fonctionnelles, il renvoie au rapport de l'ergothérapie sans en faire une évaluation médicale. Cela étant, il a déclaré adhérer aux conclusions de l'expertise d'I. _____ sous réserve de l'interprétation des résultats neuropsychologiques qui attesteraient d'un trouble attentionnel léger à moyen influençant la capacité de travail d'une diminution de 20 %. Or les experts d'I. _____ ont fait réaliser un examen neuropsychologique par J. _____ le 21 juillet 2023. Cette dernière a constaté que certains calculs de facteurs d'intérêts ressortaient non valides ou limites, parallèlement à un comportement démonstratif et à certaines incohérences relatives à l'évolution du tableau neuropsychologique entre le bilan d'octobre 2022 (réalisé à la demande du Prof. Y. _____) et l'examen actuel, avec citations d'exemples d'incohérences. En outre, d'autres incohérences intra-tests et inter-examens étaient observées : alors que certaines

épreuves réalisées sous contrainte temporelle s'étaient améliorées/normalisées comparativement à octobre 2022, d'autres s'étaient aggravées entre les deux examens et étaient devenues limites ou déficitaires. La psychologue a encore noté une fatigue mentale jugée maximale en fin d'examen, alors que la fatigabilité intellectuelle observée cliniquement était légère et que la dernière épreuve d'attention soutenue administrée en fin de bilan se situait dans les normes et ne montrait pas d'effet de la fatigue au cours des trois intervalles de temps. Dans ce contexte, elle n'était pas en mesure de se prononcer de manière fiable sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles sur le plan strictement cognitif. L'examen neuropsychologique, qui fait partie intégrante de l'expertise, est complet, motivé et tient compte de celui réalisé en octobre 2022 à la demande du Prof. Y. _____, en particulier de l'évolution peu cohérente dans l'intervalle. Le nouvel examen neuropsychologique réalisé à la demande du Prof. Y. _____ en décembre 2023, soit quatre mois après celui effectué dans le cadre de l'expertise d'I. _____, n'apporte pas d'élément objectif nouveau et ne permet pas de remédier aux incohérences constatées non seulement par la neuropsychologue, mais également par les médecins, dès qu'il s'agit d'évaluation subjective ou dépendante de la participation de l'assuré. Il est lieu de rappeler que l'examen neuropsychologique ne constitue qu'un examen supplémentaire. En principe, il est du ressort d'un médecin spécialiste en psychiatrie ou cas échéant en neurologie d'évaluer la capacité de travail en tenant compte d'éventuels déficits neuropsychologiques (TF 8C_380/2022 du 27 décembre 2022 consid. 10.2.1). En l'espèce, les experts ont pris en compte le résultat de l'examen réalisé dans le cadre de leur analyse dans leur évaluation consensuelle, en ce sens que l'interprétation des tests était jugée impossible, la participation de l'assuré n'ayant pas été optimale, situation qui a été clairement étayée par la psychologue. Le Dr F. _____ a également adhéré au diagnostic de syndrome post-commotionnel tout en y ajoutant une migraine ophtalmique, des troubles cognitifs modérés, une entorse cervicale avec cervicalgies persistantes sur syndrome cervico-vertébral marqué, des brachialgies gauches intermittentes sur syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène gauche modéré et un probable syndrome de stress posttraumatique (PTSD), tous en lien de causalité avec l'accident. Ce médecin n'est pas neurologue, de sorte que son expertise privée sur un domaine aussi spécialisé n'est pas pertinente, étant précisé qu'il a émis des diagnostics, pas étayés ou simplement estimés comme « probables » (par exemple le TOS, la coxarthrose éventuellement non symptomatique lors de l'expertise), parfois dans des domaines qui sont hors de sa spécialisation. Ses critiques sur l'examen neuropsychologique relèvent davantage d'une tentative d'atténuer le résultat des constatations (à savoir l'existence d'un décalage plutôt que des incohérences) ou d'émettre des explications personnelles sur les « décalages ». S'agissant des atteintes concernées par l'accident, son avis ne fait naître aucun doute sur les appréciations objectives des experts spécialistes dûment motivées. Ainsi, il n'existe pas d'atteinte sur le plan neurologique qui soit en lien de causalité naturelle avec l'accident.

bbb) Sur le plan ophtalmologique et neuro-ophtalmologique, l'expert U. _____ a noté que le status neuro-ophtalmologique était absolument normal des deux côtés. Il n'y avait aucune dysfonction des voies visuelles afférentes qui étaient cliniquement détectable et il n'y avait aucune dysfonction des voies oculomotrices efférentes, aucune lésion des globes oculaires détectable à la fundoscopie ou aux examens paracliniques. La seule légère anomalie était un léger retard de l'onde P100 lors de l'exécution du PEV (examens des potentiels évoqués visuels) au damier, mais uniquement pour le stimulus à bas contraste. Ce léger retard pouvait s'inscrire dans le cadre d'un traumatisme des voies visuelles mais

n'avait aucune répercussion fonctionnelle visuelle. Il a conclu à une photophobie s'intégrant dans le syndrome post-commotionnel. Sur le plan strictement neuro-ophtalmologique, sans tenir compte du syndrome post-commotionnel, la capacité de travail pourrait être de 100 %. L'examen réalisé en octobre 2018 ne montrait pas d'évidence d'une neuropathie optique ou d'œdème papillaire et une hypertension hypercrânienne était peu probable selon la Prof. K. _____, dont l'avis ne contredit pas les conclusions de l'expert. Ainsi, il n'existe pas d'atteinte neuro-ophtalmologique en lien avec l'accident. ccc) Sur le plan de la médecine interne, l'experte O. _____ a posé le diagnostic d'asthme bronchique depuis le début de l'âge adulte et de douleurs à la hanche droite qui ne sont pas limitantes. Ces diagnostics sont sans lien avec l'accident. C'est en vain que le Dr F. _____ reproche à l'experte de ne pas avoir investigué une éventuelle pathologie à la hanche dès lors que des douleurs, au demeurant pas incapacitantes, n'avaient jamais été évoquées auparavant dans les suites de l'accident de 2016. ddd) Sur le plan psychiatrique, l'expert A. _____ a retenu le diagnostic de syndrome post-commotionnel en raison de nombreux signes et symptômes présents dans l'anamnèse et les plaintes de l'expertisé. Il a relevé les critères retenus par la CIM-10, à savoir des céphalées, sensations vertigineuses, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir les tâches mentales, altération de la mémoire, insomnies, diminution de la tolérance au stress, aux émotions, ainsi que des sentiments dépressifs ou anxieux résultant de la perte de l'estime de soi. Ce trouble était en lien de causalité probable avec l'accident de 2016. Le Dr W. _____ a diagnostiqué, en février 2019, un état dépressif moyen et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'expert A. _____ a eu une appréciation plus nuancée. Il a considéré que le tableau clinique impliquant des troubles de l'humeur et des troubles anxieux relativement modérés lui paraissait devoir être inclus dans les manifestations du syndrome post-commotionnel. En août 2022, le Dr M. _____ a retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1), probable état de stress posttraumatique (F43.1) étant précisé que ce diagnostic a questionné l'expert M. _____ qui a relevé certaines incohérences et a posé les diagnostics différentiels de syndrome post-commotionnel (F07.2), trouble somatoforme (hypocondriaque) (F45) et, plus probablement, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiatriques (F68.0). Il a noté une relation de causalité naturelle entre l'apparition du stress posttraumatique et l'accident de mars 2016 tout en précisant que le lien de causalité avec la persistance de l'intensité des symptômes n'était pas vraisemblable. Pour sa part, l'expert A. _____ a considéré que les circonstances de la mémoire traumatique (accident de la circulation) ne permettaient pas de considérer l'événement comme un événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique. Les réactions immédiates après l'événement étaient peu typiques de l'installation et de la présence d'un éventuel syndrome posttraumatique, lequel ne pouvait pas être retenu. Quant à la Dre G. _____, elle avait initialement retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation mixte en rémission, puis de dysthymie et un syndrome de stress posttraumatique mais elle s'est ralliée aux conclusions de l'expertise d'I. _____ qui a posé le diagnostic de syndrome post-commotionnel. Sur le plan psychiatrique, il convient ainsi de retenir un syndrome post-commotionnel en lien de causalité naturelle avec l'accident de 2016. eee) Il est encore précisé que la symptomatologie vertigineuse a fait l'objet d'un examen ORL en août 2018 qui a confirmé des fonctions otolithiques sacculaire et utriculaire normales des deux côtés. La consultation d'otoneurologie et d'audiologie de novembre 2018 a permis d'écarter toute atteinte organique vestibulaire, périphérique ou centrale et a révélé une audition normale ; les performances d'équilibre étaient globalement

normales outre un centre de gravité postural déplacé vers l'avant. fff) Après des examens complets et une analyse convaincante par chacun des spécialistes, les experts ont procédé à une évaluation consensuelle retenant le syndrome post-commotionnel comme seul diagnostic en lien de causalité naturelle avec l'accident. Comme on l'a vu, ce diagnostic a été posé dans les règles de l'art et validé par les médecins traitants. Pour le surplus, les rapports médicaux au dossier ne sont pas de nature à faire douter des constatations des experts d'I._____ qui ont toute valeur probante et peuvent être suivies. bb) Les experts d'I._____ ont conclu à une incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis 2019 et à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée en raison de l'atteinte psychiatrique. Avant de se prononcer sur le point de savoir si les répercussions de l'atteinte sont à la charge de l'intimée, il y a toutefois lieu d'examiner si l'atteinte est en lien de causalité adéquate avec l'accident. 7. a) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en effet 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 citées). 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 citée ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1). 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 crânio-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 crânio-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 citées). Le Tribunal fédéral a encore précisé qu'en cas de TCC, un certain degré de sévérité de l'atteinte sous forme d'une contusio cerebri était nécessaire pour justifier l'application de la jurisprudence en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de TCC. En revanche, en présence d'un TCC léger, l'examen d'un lien de causalité adéquate s'effectue en application de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (TF 8C_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 3.2.3 ; 8C_596/2022 du

E. 11

Le recourant sollicite le remboursement de plusieurs factures d'honoraires à titre de frais d'instruction (art. 45 al. 1 LPGA). Il n'a toutefois produit que la facture du rapport du Prof. Y._____ du 13 mai 2025 ; outre le fait que ce rapport ne saurait être considéré comme

une expertise privée pour les motifs indiqués plus haut, cette pièce n'a pas permis d'apporter un éclairage nouveau et pertinent. L'instruction menée par l'intimée ne présentait pas de lacunes ni d'insuffisances caractérisées, il n'y a pas lieu de donner suite à cette conclusion.

E. 12

Dans son recours, après s'être plaint de la façon « relativement déloyale » avec laquelle l'intimée aurait établi l'état de fait, le conseil du recourant a, « au vu de l'attitude partielle et déloyale de l'intimée », laissé le soin à la Cour de céans d'examiner l'opportunité d'une éventuelle dénonciation pénale pour toute infraction ou tentative d'infraction qui aurait pu être commise dans le cadre de la gestion de ce dossier, étant précisé qu'il se réservait le droit d'interpeller l'Office fédéral des assurances sociales, en sa qualité d'autorité de surveillance. La Cour de céans ne voit absolument pas en quoi la gestion du dossier par l'intimée pourrait être susceptible de tomber sous le coup d'une infraction pénale. Cette observation est d'autant plus téméraire que l'instruction a été complète et minutieuse, avec la mise en œuvre de plusieurs expertises dont, certes, aucune n'a trouvé grâce aux yeux du conseil du recourant, ce qui, à l'évidence, ne saurait justifier ne serait-ce que l'évocation de tels soupçons.

E. 13

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). On relèvera, à toutes fins utiles, que la liste des opérations produite par Me Duc le 4 septembre 2025, c'est-à-dire après la clôture des débats prononcée à l'audience du jour précédent, est irrecevable.

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