

## **VD\_GERICHTE ZA08.005344 vom 5. Oktober 2009**

VD Tribunal cantonal, 2009-10-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA08.005344](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA08.005344)

FR: VD\_GERICHTE ZA08.005344 du 5 octobre 2009

IT: VD\_GERICHTE ZA08.005344 del 5 ottobre 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 22**

mai 2008. Il s'est déclaré favorable à une expertise judiciaire. La traduction en français, certifiée conforme à l'original par [...], traducteur autorisé de français, de l'avis médical du spécialiste en orthopédie a la teneur suivante :

- 16 - "(...) Diagnose : Dg : St.post poytrauma St. Post tracturam intraarticularis distalis radii 1. dex. Arthalgiae R/C 1.dex Contractura art. R/c 1.dex. Le patient a eu un accident dans le travail le 04.02.2006 et a tombé de l'hautesse de 2.3-3 m. Il a été politraumatisé. Du côté orthopédique il a eu des fractures distale intraarticulaire de radius du coté droit. Il est soigné d'une forme conservative immobilisé du gypse. Maintenant il a de douleur de noeud radiocarpale droit, il a perdu la force de la main droite et la bouge de noeud R/C avec la douleur. Cliniquement : il existe une limitation de bouger de noeud R/C de droit qui s'accompagne par la douleur. Dans la radiographie de noeud R/C droit on voit des signe des fracture soigné de la partie distale de radius ( vieux ). Th : il a besoin pour une thérapie physical - Analgétique s'il a de douleur (...) (...) " La traduction en français, certifiée conforme à l'original par [...], traducteur autorisé de français, de l'avis médical du neuropsychiatre a la teneur suivante : "(...) Notes : Le patient a eu des blessures dans la tête en 2006 après la tombé d'une hautesse de 2 mètres, pendant le travail en Suisse. Dans ce cas il a perdu la connaissance et il est soigné une période dans une clinique et après chez lui. En 2008 il est rentré de Suisse et il a continuer le traitement chez lui de ses blessures. Actuellement il dit qu'il a des douleurs de la tête, le sommeil non confortable, il a perdu la disposition et il et tenu des activités quotidienne. Un CT de cerveau on voit une fracture F-P à gauche avec une pression dans les mains. Diagnose : St post commotionem et Contusio cerebri Cephalca post traumatica Sy depressivum (...) Je propose : le patient a besoin pour continuer le traitement. Il n'est pas capable au niveau pour le travail. Je préfère un contrôle après un mois. (...) "

- 17 - Par jugement du 11 juillet 2008, le Président du Tribunal des assurances du canton de Vaud a écarté préjudiciellement le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition du 5 février 2008 pour le motif que l'acte de recours était rédigé en allemand et qu'il ne contenait pas d'exposé des faits, ni de motivation et de conclusions claires et que le recourant, bien qu'informé des conséquences qu'entraînerait la non production dans le délai imparti d'un acte conforme aux exigences formelles, n'avait pas réagi. Par arrêt du 18 novembre 2008, le Tribunal fédéral a annulé le jugement du 11 juillet 2008 et renvoyé la cause à la cour de céans pour qu'elle procède dans le sens des considérants. Par réponse du 19 février 2009, la caisse a conclu, préjudiciellement, à ce que l'acte de recours soit déclaré irrecevable, faute de remplir les exigences formelles prévues à l'art. 61 let. b LPGA; principalement, elle a conclu au rejet du recours. Par écriture du 31 mars 2009, le recourant a déclaré élire domicile chez son frère à Steffisburg pour les besoins de la procédure.

Relevant que les expertises effectuées à la demande de l'intimée dataient de 2006 et 2007, il a fait valoir qu'une nouvelle expertise devait être mise en œuvre, tout en soutenant que "l'expertise du 9 février 2008" (Begutachtung) constatait de façon claire que l'invalidité résultant de l'accident du 4 février 2008 était supérieure à 80 %. Enfin, il a indiqué souffrir de céphalées persistantes et ne voir que partiellement. E n d r o i t : 1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA, [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Pour les motifs indiqués dans l'arrêt du

- 18 - Tribunal fédéral du 18 novembre 2008, il faut considérer en outre qu'il satisfait aux autres conditions légales de forme. b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi, sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) La décision sur opposition du 5 février 2008 confirme la suppression des indemnités journalières et frais de traitement médical avec effet au 3 janvier 2008 et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le recours tend implicitement à la réforme partielle de la décision entreprise, en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité avec effet au 4 février 2006. b) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c) c) En l'espèce, le recourant ne contestant plus la suppression par l'intimée de l'indemnité journalière et des frais de traitement médical, seule reste litigieuse devant la cour de céans la question de savoir si les troubles de santé qu'il présente sont en lien avec l'accident qu'il a subi le

- 19 - 4 février 2006, partant s'ils fondent le droit à une rente invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. d) En vertu de l'art. 19 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20), le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'AI ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10 % au moins par suite d'un accident. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 7 LPGA définit l'incapacité de gain comme toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur

un marché du travail équilibré. En matière d'assurance-accidents, l'allocation d'une rente d'invalidité implique une incapacité de travail causée par un accident; quiconque n'est pas au moins partiellement incapable de travailler ne saurait être reconnu invalide au sens de la LAA (ATF 115 V 133, consid. 2; 105 V 141, consid. 1b; RCC 1985, p. 224 consid. 2 b et les références citées). En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre

- 20 - d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents), une atteinte est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. 3. a) Le recourant requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, estimant que celles effectuées à la demande de l'intimée, en 2006 et 2007, sont trop anciennes. Il fait valoir que ce n'est qu'à la suite de l'accident du 4 février 2006 qu'il a commencé à souffrir en permanence de douleurs à la main droite, avec perte de force et de préhension, ainsi que de céphalées et de vertiges. La persistance de ces troubles est, selon lui, en lien direct avec l'accident et l'a rendu invalide à un taux supérieur à 80 %. b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a précité).

- 21 - Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). En résumé, 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 125 V 351 consid. 3a précité; 122 V 157 consid. 1c et les références; TF 9C\_113/2008 du 11 novembre 2008 consid. 4.2). L'assureur est tenu d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier

requièrent une telle mesure. En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures

- 22 - probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 cons. 3c; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références). c) En l'espèce, dans le cadre de l'instruction de la présente cause, le recourant a bénéficié de deux séjours à la Clinique J.\_\_\_\_\_, le premier du 25 juillet au 30 août 2006, le second du 3 au 19 juillet 2007. Des investigations complètes ont été effectuées, en particulier sur les plans locomoteur, neurologique, otoneurologique et psychologique. Les bilans médicaux multidisciplinaires établis à la suite de ces hospitalisations posent des diagnostics clairs, se fondent sur une anamnèse complète, tiennent compte des plaintes du recourant et décrivent de façon détaillée la situation médicale et personnelle du recourant. Les conclusions auxquelles aboutissent les experts sont dûment motivées, en ce sens qu'ils expliquent avec précision pourquoi, selon eux, les troubles à la santé dont le recourant souffre ne constituent pas des séquelles de l'accident du 4 février 2006. Ils précisent que les nombreuses plaintes subjectives du recourant ne sont pas corrélées aux examens cliniques et paracliniques effectués et qu'aucun substrat organique n'a pu être mis en évidence en ce qui concerne non seulement les douleurs au poignet droit mais aussi les vertiges et les céphalées. Cela étant, il faut constater que les rapports médicaux établis par les experts de la Clinique J.\_\_\_\_\_ répondent aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante de telles investigations et que leurs conclusions sont circonstanciées, motivées et convaincantes. Il apparaît dès lors que l'instruction médicale effectuée sur mandat de l'intimée est suffisante et qu'il n'y a pas lieu de la compléter. Au demeurant, aucun élément du dossier ne permet de considérer que la situation médicale du recourant commanderait qu'une nouvelle expertise soit ordonnée. Les diagnostics retenus par les spécialistes consultés par le recourant au Kosovo au printemps 2008 sont superposables à ceux retenus par les experts de la Clinique J.\_\_\_\_\_ ; pour le surplus, les avis médicaux des Drs [...] ne contiennent aucun indice concret susceptible de

- 23 - remettre en cause le bien-fondé des constatations et de l'appréciation médicale faites par les experts de la Clinique J.\_\_\_\_\_ qui, à tout le moins sur le plan locomoteur, sont confirmées, par les avis médicaux des Drs H.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de l'intimée et T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et de la main. La requête d'expertise judiciaire formée par le recourant doit par conséquent être rejetée. 4. a) Le recourant fait valoir en substance que les douleurs chroniques (céphalées et vertiges persistants), la perte de force et de préhension de sa main droite et l'état dépressif dont il souffre sont les séquelles directes de l'accident du 4 février 2006. L'invalidité en résultant, supérieure à un taux de 80 % selon lui, justifie l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. b) 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 (art. 4 LPG). Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le

droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont

- 24 - liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'assureur ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; TF U\_61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b [RAMA 1992 no U 142 p. 75]; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 80 p. 865). 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, pp. 340 ss; TF U\_215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré. En matière de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 précité consid. 1 pp. 337 ss; 117 V 359 consid. 4b pp. 360 ss). La jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires

- 25 - de ce point de vue. Elle a considéré, en particulier, qu'une expertise pluridisciplinaire est indiquée si l'état de santé de l'assuré ne présente ou ne laisse pas espérer d'amélioration notable relativement rapidement après l'accident, c'est-à-dire dans un délai d'environ six mois (ATF 134 V 109 consid. 9 pp. 121 ss). Le droit à des prestations d'assurance suppose également, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. En cas d'atteinte à la santé physique, ce rapport de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les

accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;

- 26 - - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa). En cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique. L'examen de ces critères est toutefois effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; voir également ATF 123 V 98 consid. 2a; TF U\_249/01 du 30 juillet 2002 [RAMA 2002 n. U 470 p. 531]). Par ailleurs, toujours en relation avec l'appréciation du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident avec traumatisme cranio-cérébral et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique, le Tribunal fédéral a précisé que le critère faisant référence au traitement médical était rempli en cas de traitement prolongé spécifique et pénible, que les douleurs prises en considération devaient revêtir une certaine intensité et que l'incapacité de travail devait être importante, en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 10). c) En l'espèce, il n'est pas contesté qu'à la suite de l'accident de travail du 4 février 2006 où il a chuté d'une hauteur de deux à trois

- 27 - mètres, le recourant a souffert d'un polytraumatisme avec un TCC modéré, d'un traumatisme facial (fracture du sinus maxillaire droit et fracture non déplacée de l'orbite droite), d'une fracture de l'extrémité distale du radius intra-articulaire droit et de contusions rénales et costales. Le recourant a certes perdu connaissance quelques instants, mais n'a pas eu à subir d'intervention chirurgicale; le traitement a principalement consisté en l'immobilisation de son bras droit par la pose d'un plâtre, l'administration d'antalgiques, du repos et de la physiothérapie antalgique et de renforcement musculaire de l'avant-bras droit et des doigts. Dans le rapport médical intermédiaire du 25 avril 2006, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, évoquait comme seul risque de dommage permanent une lésion intra-articulaire du radius distal pouvant entraîner, d'une part une

raideur de l'articulation radio-carpienne, d'autre part des douleurs de l'articulation radio-cubitale distale, une limitation fonctionnelle à long terme et une arthrose précoce. Une telle évolution n'a toutefois pas été constatée par les experts de la Clinique J.\_\_\_\_\_. En 2006, ils indiquaient que les limitations constatées paraissaient concordantes avec les données radiologiques, que la limitation articulaire observée était très discrète, avec des amplitudes fonctionnelles amplement suffisantes et qu'en fin de séjour, une augmentation de 7 kg de la force de préhension avait été constatée, étant précisé que le port d'un poignet de cuir limitant l'amplitude des mouvements douloureux améliorait les performances de la main droite. Le bilan multidisciplinaire établi le 31 juillet 2007 retient pour sa part que les plaintes du patient n'ont pas varié, se sont même nettement amplifiées et qu'un comportement douloureux peu adapté et autolimitatif net a été mis en évidence avec, en particulier, des mobilités articulaires très fluctuantes lors de l'examen. Il est précisé que, du point de vue objectif, il n'y a pas de signe d'instabilité ni de grattage à l'examen du poignet droit et que les radiographies montrent une fracture parfaitement consolidée du radius distal droit. Selon les experts, le rôle des facteurs psychosociaux liés à la situation précaire du recourant, qui n'a ni permis de séjour ni permis de travail, reste majeur, de sorte qu'aucune intervention chirurgicale n'est à envisager et que seul un traitement conservateur basé sur la prescription d'antalgiques et le port d'un poignet en cuir sont préconisés. A cet égard,

- 28 - les experts ont mis en évidence la coopération médiocre du recourant, qui n'a jamais réellement pris part à sa rééducation, que ce soit dans le traitement physiothérapeutique ou ergothérapeutique, de sorte qu'aucun suivi sur ces plans n'a été proposé. En ce qui concerne l'examen neuropsychologique, les experts de la Clinique J.\_\_\_\_\_ ont indiqué dans leur rapport du 18 septembre 2006 que l'IRM cérébrale effectuée durant l'hospitalisation du recourant ne montrait aucune lésion traumatique dans le parenchyme cérébral. Certes, le recourant présente un ralentissement, des troubles mnésiques et antérogrades modérés en modalité verbale, ainsi qu'un fléchissement exécutif. Les experts ont toutefois précisé que les céphalées et les troubles visuels rapportés par le recourant, auxquels ce dernier ne peut s'empêcher de faire référence lors de toute tâche, interféraient avec l'appréciation des tests et étaient susceptibles de majorer l'intensité des troubles cognitifs. Ils ont à nouveau relevé que la situation précaire du recourant sur le plan psychosocial contribuait certainement à une surcharge psychique, mais que celle-ci restait cependant relativement gérée et qu'il n'y avait pas de trouble psychopathologique notoire. Enfin, le bilan otoneurologique n'a pas mis en évidence d'atteinte vestibulaire, périphérique ou centrale, de sorte que les vertiges entrent probablement dans le cadre d'un syndrome subjectif post-traumatique. Du point de vue auditif, la situation est bien meilleure que ne le laissent supposer les plaintes du recourant, la petite atteinte de perception, assez habituelle chez les patients de son âge ayant été exposés au bruit, ne se manifestant que dans les fréquences très aiguës. Dans le rapport du 31 juillet 2007, les experts indiquent que les performances cognitives du recourant, en baisse lors de ce second séjour hospitalier (omissions ou ajout de traits et difficultés d'organisation lors de copie de dessins), ne peuvent pas, de par leur intensité et leur nature, être attribuées à une conséquence directe du traumatisme cranio-cérébral subi lors de l'accident du 4 février 2006. Ils relèvent encore une fois que, sur le plan professionnel, le recourant n'a ni permis de séjour, ni permis de travail et que compte tenu de la fracture du radius distal et de l'évolution potentielle vers une arthrose, il est probable qu'il aura des difficultés à reprendre une activité nécessitant des efforts

- 29 - répétés en pro-supination et des travaux de force, mais que, dans une activité adaptée, excluant des contraintes importantes au niveau du poignet et le port de charges lourdes, une capacité totale de travail peut lui être reconnue. Ils précisent toutefois que le recourant a été programmé aux ateliers professionnels sur des périodes de deux heures, mais qu'il a assez rapidement mis en avant des céphalées, des vertiges, des troubles de la concentration ainsi que des douleurs du membre supérieur droit, rendant toute évaluation impossible. Dans la mesure où il a fait comprendre à l'équipe des ateliers que son état n'était pas compatible avec une reprise professionnelle, les experts concluent là encore que les facteurs psychosociaux participent de façon prédominante à l'évolution défavorable de son état. Au vu des éléments médicaux mis en évidence lors des évaluations pluridisciplinaires effectuées en 2006 et en 2007 à la demande de l'intimée, force est d'admettre que les plaintes du recourant, essentiellement subjectives, ne sont corroborées ni par les données radiologiques, ni par les examens cliniques et paracliniques, ce qu'a d'ailleurs confirmé le médecin d'arrondissement de l'intimée dans ses rapports des 24 août et 3 décembre 2007. Le rapport médical établi par le Dr T. \_\_\_\_\_ le 27 septembre 2007 appuie lui aussi l'appréciation des experts de la Clinique J. \_\_\_\_\_ en ce qui concerne l'état du poignet du recourant, puisqu'il relève que l'importance des plaintes n'est "tout simplement pas explicable" sur la base d'une causalité somatique seule, que le recourant est inopérable et que la souffrance et l'angoisse manifestées doivent être replacées dans sa situation sociale extrêmement précaire. Dans ces conditions, et eu égard en particulier à l'absence de substrat organique aux plaintes exprimées par le recourant, on ne peut pas parler de vraisemblance prépondérante de causalité entre l'ensemble des symptômes qu'il présente et l'accident, d'autant plus qu'aucun trouble psychiatrique n'a été retenu et que seul un syndrome post-traumatique subjectif a été retenu par les experts. Certes, le lien de causalité naturelle doit en principe être reconnu en présence d'un tableau clinique typique

- 30 - (TTC) présentant de multiples plaintes comme en l'espèce (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, modification du caractère, etc.). Il faut toutefois souligner que les experts ont posé comme diagnostic un traumatisme crânio-cérébral et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique. En outre, dès lors qu'il n'y a pas eu de traitement prolongé spécifique et pénible et que, si les douleurs prises en considération revêtent une certaine intensité, les experts ont toutefois reconnu au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, il convient de nier l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre les atteintes à la santé dont se plaint le recourant et l'événement assuré (ATF 134 V 109 consid. 10). Cela est d'autant plus vrai que le recourant n'a pas fait preuve des efforts qu'on pouvait attendre de lui, puisqu'il ne s'est jamais réellement investi dans sa réadaptation physiothérapeutique et ergothérapeutique ni dans l'évaluation des travaux en ateliers. Enfin, même si lors de l'accident du 4 février 2006, le recourant a fait une chute d'une hauteur de deux à trois mètres, il faut constater qu'il n'a que brièvement perdu connaissance. Aucune circonstance particulière n'est à relever dans ce contexte de sorte que l'accident est de gravité moyenne, à la limite d'un accident de faible gravité (pour comparaison, voir les arrêts : TF 8C\_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 9, 8C\_655/2008 du 9 octobre 2008 consid. 3.1, 8C\_9/2008 du 17 septembre 2008 consid. 6.1.2, 8C\_33/2008 du 20 août 2008 consid. 7.2). Les circonstances de l'accident ne sauraient par conséquent être qualifiées de dramatiques ou particulièrement impressionnantes. Les lésions subies par le recourant ne sont pas particulièrement graves, n'ont pas nécessité d'intervention chirurgicale ni une longue hospitalisation et il n'apparaît pas à la lecture du dossier qu'il aurait été victime d'erreurs

dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. Le traitement médical n'a pas été particulièrement pénible et a consisté pour l'essentiel en une médication antalgique, en une immobilisation et en séances de physiothérapie. Le lien de causalité étant nié, l'assuré est réputé ne pas souffrir de séquelles imputables à l'accident et nécessitant un traitement et/ou entraînant une diminution de la capacité de travail, respectivement

- 31 - de la capacité de gain. L'assurance-accident était donc fondée à mettre un terme à ses prestations sous forme de traitement médical (art. 10 LAA) et d'indemnités journalières (art. 16 LAA). En particulier, c'est également à bon droit que l'intimée a nié le droit à une rente d'invalidité (art. 19 LAA), ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA). 6. En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaire requises par le recourant. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. L'intimée obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel mais agissant comme autorité chargée de tâches de droit public, elle ne peut se voir allouer des dépens à la charge du recourant.

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