

## VD\_GERICHTE ZA08.033802 vom 19. November 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-11-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA08.033802](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA08.033802)

FR: VD\_GERICHTE ZA08.033802 du 19 novembre 2010

IT: VD\_GERICHTE ZA08.033802 del 19 novembre 2010

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 123/08 - 6/2011 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES

Arrêt du 19 novembre 2010

Présidence de M. DIND Juges : Mmes Dormond Béguelin et Rossier, assesseurs Greffier : M. Simon \*\*\*\*\* Cause pendante entre : R. \_\_\_\_\_, à Corbeyrier, recourant, représenté par Me Razi Abderrahim, avocat à Genève, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. R. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1974, électromécanicien de formation, travaillait depuis le 19 avril 2004 en qualité de monteur et réparateur de lignes aériennes auprès des J. \_\_\_\_\_ SA et était à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA) contre les accidents professionnels. Le 24 mai 2006, sur son lieu de travail, l'assuré a été victime d'une chute d'une hauteur de cinq à six mètres en raison du basculement d'une échelle (montée sur chariot-nacelle destiné à l'entretien des caténaires) sur laquelle il se trouvait avec son supérieur. Il se souvient de la chute, mais pas de l'impact, sur un terrain dur (terre, gravats, herbe). Il aurait perdu connaissance pendant vingt à trente secondes. Puis il se serait relevé en état de torpeur, aurait rangé ses outils et répondu à un appel téléphonique de son épouse. Une amnésie post-traumatique a été évaluée à trente minutes. L'assuré a été conduit aux urgences de l'hôpital du Chablais de Monthey, où il s'est plaint de douleurs au pouce et au genou gauches. Suite à des radiographies effectuées au genou gauche, au poignet gauche et à la face profil du pouce gauche, aucune fracture n'a été décelée. L'assuré a pu rentrer à domicile. Par la suite, l'assuré a développé un ensemble de symptômes: céphalées au vertex continues et d'intensité moyenne, troubles de la concentration et de la mémoire, ralentissement psychique, état de fatigue, troubles du sommeil, sensations vertigineuses aux mouvements brusques de la tête et nausées pendant les transports en véhicules. Une incapacité de travail totale a été attestée par le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale à Aigle. Le 30 juin 2006, l'assuré a été examiné par le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie à Vevey, qui a signalé que l'assuré s'était

- 3 - plaint, lorsqu'il avait reçu des soins à l'hôpital de Monthey, de l'apparition d'un ensemble de symptômes consistant en des céphalées au vertex continues, de type continu et d'intensité moyenne, des troubles de la concentration et de la mémoire, un ralentissement psychique, un état de fatigue, des troubles du sommeil et des sensations vertigineuses. Il a annoncé une légère amélioration de tous ses symptômes et avoué son inquiétude en relation à son travail sur des échelles, vu les sensations vertigineuses alléguées. Ce médecin a retenu que l'examen neurologique était objectivement normal, soit sans signe d'hypertension intercrânienne ou de focalisation, et a suspecté une dysfonction vestibulaire périphérique de type otolithique d'origine post-traumatique. Il a également relevé que le patient signalait

des symptômes de la lignée dite du syndrome “subjectif” post-traumatique survenu dans le cadre d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC) avec commotion cérébrale (rapport du 3 juillet 2006). Suite à un examen clinique le 29 mai 2006, dans un rapport du 29 juillet 2006, le Dr E. \_\_\_\_\_ a constaté des douleurs de la colonne vertébrale lombaire, une gonalgie gauche avec hématome et une douleur du pouce gauche sur le ligament de l'extenseur. Au niveau céphalique, il n'a rien trouvé de décelable, malgré des maux de tête constants, des nausées, des vertiges et des troubles de la mémoire. Il a aussi retenu que l'assuré présentait une douleur au niveau de la racine de la 2ème canine droite. Un CT-scan du massif facial et cérébral effectué le 20 juin 2006 n'a pas montré de lésions traumatiques. Un processus infectieux au niveau de la dent 13 avec discrète réaction inflammatoire dans le sinus maxillaire droit a été diagnostiqué. La CNA a pris cet accident professionnel en charge, et l'assuré a été mis au bénéfice du traitement utile, les indemnités journalières ont été versées en fonction des incapacités de travail attestées. Le Dr E. \_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail de 50% du 6 au 16 juillet 2006 dans un travail au sol en excluant tout travail en hauteur. Une tentative de reprise du travail au niveau du sol à 50% en juillet 2006 n'a pas eu le succès espéré, en raison de la persistance des douleurs.

- 4 - L'assuré a effectué un séjour à la Clinique romande de réadaptation à Sion (CRR) du 14 août au 29 septembre 2006. Dans ce cadre, l'assuré a notamment fait l'objet d'un consilium psychiatrique le 26 septembre 2006, effectué par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et alors chef du service de psychosomatique de la CRR, retenant un état de stress post-traumatique entraînant, avec les troubles physiques, une incapacité de travail. Le 24 octobre 2006, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie à la CRR, a posé les diagnostics de TCC léger, de syndrome post-commotionnel, avec sévères troubles de la mémoire et d'état de stress post-traumatique. Ce médecin a retenu des plaintes d'asthénie, de fatigabilité, de besoin de sommeil accru, de troubles mnésiques et de concentration, de céphalées et de vertiges. Aucune lésion n'a été constatée suite à un examen neurologique et à une IRM cérébrale. Il a préconisé un suivi psychiatrique ambulatoire et un contrôle ultérieur en vue d'un examen neuropsychologique et d'une réorientation professionnelle, l'incapacité de travail étant totale dans l'ancien métier de l'assuré. Le 3 octobre 2006, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud une demande de prestations, tendant à l'octroi d'une nouvelle profession, se prévalant de maux de tête, de vertiges, de pertes de mémoire et de nausées. Suite à un examen neuropsychologique effectué le 18 décembre 2006, C. \_\_\_\_\_, neuropsychologue à la CRR, a constaté une nette péjoration des performances cognitives, se manifestant par une aggravation des troubles mnésiques antérogrades et une importante exacerbation des déficits attentionnels et du ralentissement idéomoteur, ajoutant que cette aggravation ne pouvait s'expliquer par le TCC du 24 mai 2006. Le 19 décembre 2006, le Dr H. \_\_\_\_\_ a relevé que la situation ne s'était pas du tout améliorée, l'assuré présentant toujours d'importantes plaintes d'un syndrome post commotionnel, aggravées en partie par des troubles psychologiques. Il a ajouté que les résultats du bilan neuropsychologique dépassaient ce qu'on pouvait attendre d'une

- 5 - atteinte organique et traduisaient des éléments sortant du champ purement biomédical. Suite à une consultation de l'assuré le 22 janvier 2007 au service de neurologie du CHUV, dans un rapport du 26 janvier 2007, les Drs V. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, respectivement professeur associé audit service et chef de clinique adjoint, ont posé le diagnostic de possible tremblement orthostatique et proposé des examens complémentaires. Un nouvel

examen neuropsychologique a été effectué à la CRR le 26 novembre 2007, mettant en évidence une aggravation des performances par rapport à décembre 2006, un déficit des fonctions exécutives venant s'ajouter aux troubles mnésiques et au ralentissement, sans explication rationnelle. Le 5 décembre 2007, le Dr H. \_\_\_\_\_ a signalé une aggravation des performances cognitives, qui ne reflétait selon lui pas une affection neurologique cohérente. Il a requis des investigations neurologiques complémentaires. Le 4 février 2008, les Drs V. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, chef de clinique au service de neurologie du CHUV, ont posé le diagnostic de tremor des membres inférieurs, d'origine psychogène probable. Ils n'ont pas décelé de lésion à la suite d'une IRM médullaire cervico-dorsale et ont insisté sur la nécessité de poursuivre la prise en charge psychiatrique. La CNA a demandé l'avis du Centre d'accueil et de traitement psychiatrique du Chablais, à Aigle. En date du 9 mai 2008, le Dr S. \_\_\_\_\_, chef de clinique audit centre, a retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique ou de possible modification durable de la personnalité après une expérience traumatique. Il a préconisé la poursuite des entretiens psychiatriques avec un traitement antidépresseur et anxiolytique et a craint une évolution vers la chronicité ou avec des limitations psychiques. Il a également relevé ce qui suit: "M. R. \_\_\_\_\_ souffre de douleurs physiques importantes, sous forme de céphalées très limitantes et des douleurs aux membres inférieurs avec une instabilité à la marche. Malgré que les

- 6 - neurologues aient écarté toute composante neurologique, il s'avère difficile de justifier ce tableau clinique, sous une optique uniquement psychiatrique, en considérant ses douleurs comme des somatisations. Et en aucun cas nous sommes face à un simulateur ou à une personnalité démonstrative: il s'agit bien d'une réelle souffrance, très limitante pour le patient". B. Par décision du 10 juillet 2008, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 13 juillet 2008 (indemnité journalière et frais de traitement). Elle a relevé qu'il n'y avait plus de séquelle de l'accident nécessitant une incapacité de travail ainsi qu'un traitement médical et que les troubles psychogènes actuels n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. L'intéressé a formé opposition contre cette décision, concluant, à titre provisionnel, à la restitution de l'effet suspensif avec reprise du versement des indemnités journalières depuis le 13 juillet 2008, principalement à la réforme de la décision entreprise avec reconnaissance du droit aux prestations légales au-delà du 13 juillet 2008, subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise et à la mise en oeuvre d'une expertise multidisciplinaire et d'autres éclaircissements médicaux. Le 3 octobre 2008, la CNA a rendu une décision incidente par laquelle elle a en substance refusé la demande en restitution de l'effet suspensif. Par décision sur opposition du 13 octobre 2008, la CNA a maintenu sa position. Se référant à la jurisprudence applicable en matière de traumatisme crânio-cérébral, elle a retenu qu'il n'y avait pas de substrat organique traumatique et en relation de causalité naturelle avec l'accident assuré. Compte tenu de l'analyse des différents critères en matière de troubles psychiques consécutifs à un traumatisme crânio-cérébral, elle a nié la présence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques de l'assuré et l'accident en question. Sous l'angle de l'appréciation anticipée des preuves, elle a retenu que le dossier était suffisamment instruit sur le plan médical et ne nécessitait pas de complément d'instruction.

- 7 - C. Par acte du 13 novembre 2008, R. \_\_\_\_\_ a fait recours contre cette décision sur opposition au Tribunal des assurances et a conclu, principalement, à la réforme de celle-ci en ce sens que le droit aux prestations d'assurance est reconnu depuis le 13 juillet 2008, subsidiairement à l'annulation de cette décision et à la mise en oeuvre par la CNA de

mesures d'instruction complémentaires avant nouvelle décision, en particulier une expertise pluridisciplinaire. Le recourant fait tout d'abord valoir que malgré une contradiction évidente entre la position documentée de l'OAI et celle non motivée de la CNA, cette dernière n'a pas procédé à la moindre mesure d'instruction en vue d'examiner les éléments déterminants du cas d'espèce, plus particulièrement le lien indiscutable sous l'angle médical entre la survenance de l'accident et les séquelles persistantes constatées chez le recourant. En cela, le recourant estime que l'autorité intimée a violé son devoir d'instruction, en omettant de disposer d'un rapport médical probant sur la question des séquelles psychiques, de leur intensité, de leur persistance ainsi que de leur nature à découler de l'accident. S'agissant du lien de causalité naturelle entre l'accident et les différents troubles somatiques et psychiques, le recourant estime qu'au vu des arguments médicaux concordants, il présente plusieurs affections psychiques et somatiques qui sont de manière certaine la conséquence de l'accident du printemps 2006, et ceci de manière persistante depuis plus de deux ans. En ce qui concerne le lien de causalité adéquate et les critères applicables en cas de troubles psychiques, il soutient qu'il s'agit d'un accident grave, l'existence d'un tel lien devant être admise. Au cas où l'accident devait être considéré comme étant de gravité moyenne, il se prévaut du caractère impressionnant ou dramatique de l'accident, de la gravité ou de la nature particulière des lésions subies, de la durée des symptômes perdurant depuis plus de deux ans après la survenance de l'accident et du fait que les lésions physiques subies sont de nature à

- 8 - entraîner des troubles psychiques, de sorte que le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles annoncés serait établi. Parallèlement à son recours, l'assuré a demandé la restitution de l'effet suspensif à la décision attaquée. En date du 5 décembre 2008, la CNA a conclu au rejet de cette requête. Par ordonnance du 12 janvier 2009, le juge instructeur a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif, relevant que l'intérêt au maintien du retrait de l'effet suspensif était prédominant par rapport aux intérêts du recourant et qu'il était difficile de faire des prévisions sur l'issue du litige. D. Sur demande de l'assureur perte de gain d'indemnités journalières de l'assuré, ce dernier a fait l'objet d'une expertise psychiatrique, effectuée les 23 et 30 avril 2009 par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, avec l'assistance d'une psychologue spécialiste en neuropsychologie. Dans son expertise du 25 juin 2009, ce médecin a posé les diagnostics sur l'axe I de probable syndrome post-commotionnel avec tendance à l'hystérisation secondaire (évolution secondaire vers une sinistrose) et d'état de stress post-traumatique sub-clinique (avec probablement tendance aux somatisations), sur l'axe II de personnalité avec des traits anxieux et passifs-dépendants, sur l'axe III (à titre indicatif) de status post-TCC et sur l'axe IV de litige asséculologique pendant suite à l'événement accidentel du 24 mai 2006. Il a retenu une capacité de travail de 80% à 100% dans une activité adaptée, a indiqué qu'un risque de sinistrose n'était pas exclu, que le caractère du sujet ne s'inscrivait pas dans le cadre d'une pathologie psychiatrique majeure et a évoqué la mauvaise ou non observance au traitement. Dans l'anamnèse, il a retenu que l'assuré lui avait déclaré avoir la volonté de reprendre une activité professionnelle, mais qu'il ne s'estimait pas apte à un certain nombre de tâches, notamment à remonter sur une échelle en raison des troubles de l'équilibre, de conduire un véhicule et de travailler devant un ordinateur, ayant de surcroît de la peine à se concentrer, et qu'il aurait sollicité l'OAI pour un reclassement professionnel dans le domaine social.

- 9 - Lors d'un examen neuropsychologique effectué dans le cadre de cette expertise, il a été mis en évidence un ralentissement sévère dans la plupart des épreuves (fluence verbale, épreuves continues, calculs, dessins, séquences gestuelles et coordination réciproque, test d'attention soutenue), une légère désorientation temporelle (sur le quantième), des troubles mnésiques antérogrades verbaux sévères (sans perte significative des éléments appris en évocation différée) et visuo-spatiaux, ainsi qu'une amnésie complète de l'hospitalisation à la CRR qui a eu lieu plusieurs mois après le TCC. D'autre part, ont été notées des plaintes de l'assuré en dehors des plaintes cognitives: douleurs et maux de tête permanents, fatigue très importante, troubles du sommeil, changements de caractère, nervosité, intolérance au bruit, paniques et malaises. L'expert a relevé ensuite que la sévérité d'une partie du tableau cognitif actuel (ralentissement très important, troubles mnésiques antérogrades sévères) du patient ne pouvait s'expliquer par le TCC du 24 mai 2006, mais vraisemblablement par un ensemble plus complexe de troubles liés à ce traumatisme, comme par exemple des troubles de conversion, des troubles paniques, des douleurs invalidantes et des troubles du sommeil. E. Le 13 octobre 2009, la CNA a conclu à la confirmation de la décision attaquée et au rejet du recours. Elle rappelle que les investigations médicales approfondies n'ont pas permis d'objectiver des séquelles organiques spécifiques imputables à l'accident du 24 mai 2006 et ne nie pas que les atteintes subies par le recourant sont en relation de causalité naturelle avec la chute survenue à cette date. S'agissant de l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet accident et les atteintes subies, elle soutient que ce dernier n'a pas été entouré de circonstances particulièrement dramatiques ou impressionnantes, qu'aucune lésion particulière n'a été décelée et que l'assuré a été en mesure de rentrer à son domicile immédiatement. Elle ajoute que le traitement – consistant en de la physiothérapie, de la thérapie manuelle et de la prise de médicaments – ne saurait être qualifié de particulièrement pénible, notamment selon les constatations du Dr

- 10 - N.\_\_\_\_\_, et qu'il n'a pas été entaché d'erreurs ni de complications importantes. Admettant que le recourant n'a pas été en mesure de reprendre une activité professionnelle depuis son accident malgré ses efforts et qu'il souffre de céphalées de nature constante, elle considère que ces deux seuls critères ne permettent pas d'établir un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles affectant l'intéressé. F. Le 10 novembre 2009, le recourant a déposé une réplique, par laquelle il a confirmé ses conclusions. En raison de ses troubles psychiques et somatiques, il conteste ne pas présenter de séquelles organiques spécifiques imputables à l'accident. Il reprend ses arguments s'agissant de la causalité adéquate entre l'accident et ses problèmes de santé, se référant à l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, tout en s'en écartant pour certains aspects. Le recourant a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique se prononçant sur l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate et a requis l'audition de son médecin traitant. Le recourant a également déposé un courrier non daté de son médecin traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin homéopathe à Pully, faisant état de plusieurs traitements médicamenteux, sans résultats convaincants, et relevant que l'absence de diagnostic réel rendait totalement illusoire d'attendre une amélioration d'un traitement médicamenteux. Le 23 novembre 2009, la CNA a relevé que le recourant n'apportait pas d'élément nouveau et a conclu au rejet du recours. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition

- 11 - et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) Selon l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. Cette loi s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est ainsi compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En vertu de 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. 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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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

- 12 - cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 c. 3.1 et les références citées; 123 V 98 c. 3; TF 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 c. 3.1). En matière de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, 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 c. 1; 117 V 359 c. 4b p. 360 sv.). La jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires 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 c. 9; TF 8C\_683/2008 du 3 août 2009 c. 3.2). b) Le droit à des prestations d'assurance suppose également, entre l'accident et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. En cas d'atteinte à la santé physique, ce lien est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 c. 5b/bb). En revanche, la

jurisprudence a posé plusieurs critères pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les 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

- 13 - gravité (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 (ATF 115 V 140 c. 6c/aa et 409 c. 5c/aa et les références citées; TFA U 7/06 du 29 septembre 2006 c. 4.1). Dans un arrêt récent (ATF 134 V 109; TF 8C\_428/2007 du 9 juillet 2008 c. 5.1; TF 8C\_406/2009 du 9 avril 2010 c. 4.2.2), le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (c. 7 à 9 de l'arrêt précité). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (c. 10.1). Cependant, il a modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (c. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante: les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé); la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé); l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée); l'intensité des douleurs (formulation modifiée); les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé); les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé);

- 14 - l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée). 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 c. 6c; 115 V 403 c. 5c; TF 8C\_683/2008 du 3 août 2009 c. 5.1). En cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, 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 c. 6a; TF 8C\_60/2008 du 6 août 2008 c. 5; TF 8C\_683/2008 du 3 août 2009 c. 5.1 et les références citées). c) Selon la jurisprudence, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des

principes applicables en cas de traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral également en présence d'une commotion cérébrale légère (TF 8C\_428/2007 du 9 juillet 2008 c. 4.3 et les références citées; TF 8C 210/2007 du 15 mai 2008; TF U 75/07 du 23 octobre 2007). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre la prise en charge du traitement médical et, en cas

- 15 - d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières. Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (ATF 123 V 137 c. 3a; 118 V 293 c. 2c; TF 8C\_149/2010 du 30 novembre 2010 c. 3; TF 8C\_1023/2008 du 1er décembre 2009 c. 5.3 et les références citées). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 c. 5b; 125 V 193 c. 2; voir aussi ATF 130 III 321 c. 3.2) Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (TF 8C\_39/2010 du 7 septembre 2010 c. 4.2.2). 3. a) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la CNA était fondée à mettre un terme aux prestations d'assurance pour la période postérieure au 13 juillet 2008. Quand bien même la question n'est pas réellement contestée par les parties, il convient tout d'abord d'examiner l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 24 mai 2006 et les troubles de santé présentés par le recourant. b) Dans son rapport du 3 juillet 2006, le Dr X. \_\_\_\_\_ a notamment retenu que l'assuré s'était plaint, lorsqu'il avait reçu des soins

- 16 - à l'hôpital, de l'apparition d'un ensemble de symptômes consistant en des céphalées au vertex continues, de type continu et d'intensité moyenne, des troubles de la concentration et de la mémoire, un ralentissement psychique, un état de fatigue, des troubles du sommeil et des sensations vertigineuses. Il a également signalé que le patient signalait des symptômes de la lignée dite du syndrome "subjectif" post-traumatique survenu dans le cadre d'un traumatisme cranio-cérébral (TCC) avec commotion cérébrale. Dans son rapport du 29 juillet 2006, le Dr E. \_\_\_\_\_ a constaté des douleurs de la colonne vertébrale lombaire, une gonalgie gauche avec hématome et une douleur du pouce gauche sur le ligament de l'extenseur. Par la suite, le 24 octobre 2006, le Dr H. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de TCC léger, de syndrome post-commotionnel, avec sévères troubles de la mémoire et d'état de stress post-traumatique, puis retenu des plaintes d'asthénie, de fatigabilité, de besoin de sommeil accru, de troubles mnésiques et de concentration, de céphalées et de vertiges. Le 19 décembre 2006, ce médecin a relevé que la situation ne s'était pas du tout améliorée, l'assuré présentant toujours d'importantes plaintes d'un syndrome post commotionnel, aggravées en partie par des troubles psychologiques. Les

troubles psychiques ont par ailleurs été mis en évidence par le Dr N. \_\_\_\_\_, qui a notamment posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique sub-clinique (avec probablement tendance aux somatisations) et de personnalité avec des traits anxieux et passifs- dépendants (expertise du 25 juin 2009). En même temps, le 26 mai 2006, aucune fracture n'a été décelée suite à des radiographies effectuées au genou gauche, au poignet gauche et à la face profil du pouce gauche. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a retenu que l'examen neurologique était objectivement normal, soit sans signe d'hypertension intercrânienne ou de focalisation, et a suspecté une dysfonction vestibulaire périphérique de type otolithique d'origine post- traumatique (rapport du 3 juillet 2006). Le Dr E. \_\_\_\_\_ n'a pour sa part rien trouvé de décelable au niveau céphalique et a indiqué qu'un CT-scan du massif facial et cérébral n'avait pas montré de lésions traumatiques

- 17 - (rapport du 29 juillet 2006). Le Dr H. \_\_\_\_\_ a ensuite constaté l'absence de lésion suite à un examen neurologique et à une IRM cérébrale (rapport du 24 octobre 2006). Les médecins du service de neurologie du CHUV ont posé le diagnostic de possible tremblement orthostatique (rapport du 26 janvier 2007 des Drs V. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_), puis celui de tremor des membres inférieurs, d'origine psychogène probable, sans avoir décelé de lésion à la suite d'une IRM médullaire cervico-dorsale (rapport du 4 février 2008 des Drs V. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_). c) Dans ces conditions, on retiendra que le recourant a présenté une symptomatologie typique des accidents de type coup du lapin, sans qu'un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle n'ait pu être mis en évidence, malgré des investigations poussées sur le plan neurologique. On retiendra donc, au vu des différents rapports médicaux versés au dossier, que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 24 mai 2006 et les troubles de santé de l'assuré est établie au degré de la vraisemblance prépondérante. 4. a) S'agissant de la causalité adéquate, au vu de son déroulement et de ses conséquences immédiates, l'accident du 24 mai 2006 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents graves (à titre de comparaison: TF 8C\_683/2008 du 3 août 2009; TFA U 458/04 du 7 avril 2005 c. 3.4.1 et les références citées). En effet, le recourant a chuté d'une hauteur de cinq à six mètres sur un sol dur (composé de terre, de gravats et d'herbe), s'est souvenu de la chute mais pas de l'impact, a perdu connaissance pendant vingt à trente secondes puis a présenté une amnésie post-traumatique évaluée à trente minutes. Si l'assuré n'a pas été victime de fractures et a pu regagner son domicile rapidement, il n'en a pas moins présenté d'importantes douleurs, attestées notamment par les Drs X. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ et ayant entraîné ultérieurement une longue incapacité de travail. b) Il résulte des circonstances de l'accident que l'assuré, alors qu'il travaillait à la réparation de lignes électriques sur un chariot à

- 18 - nacelle, est tombé sur le sol d'une hauteur de cinq à six mètres. A n'en pas douter, une telle chute revêt un caractère impressionnant (TFA U 135/03 du 19 mars 2004 c. 3.2.2). La plateforme a vacillé peu avant l'accident, de sorte que l'assuré a pu se rendre compte de l'imminence de l'accident, ce qui en a renforcé le caractère dramatique. Suite à l'impact, dont il ne s'est pas souvenu, il a perdu connaissance et a présenté une amnésie post-traumatique. Dans ces conditions, on retiendra que l'accident en question revêt un caractère particulièrement impressionnant. c) Concernant la gravité ou la nature particulière des lésions subies, l'assuré s'est rapidement plaint de l'apparition d'un ensemble de symptômes consistant en des céphalées au vertex continues, de type continu et d'intensité moyenne, des troubles de la concentration et de la mémoire, un ralentissement psychique,

un état de fatigue, des troubles du sommeil et des sensations vertigineuses (rapport du 3 juillet 2006 du Dr X. \_\_\_\_\_), qui constituent habituellement le tableau typique des accidents de type "coup du lapin". Ces symptômes ne se sont pas amendés lors de l'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_, ce médecin ayant signalé des plaintes sous forme de douleurs et maux de tête permanents, une fatigue très importante, des troubles du sommeil, des changements de caractère, une nervosité, une intolérance au bruit, des paniques et malaises (expertise du 25 juin 2009). A cela s'ajoute que l'assuré a présenté notamment une gonalgie gauche avec hématome et une douleur du pouce gauche sur le ligament de l'extenseur (rapport du 29 juillet 2006 du Dr E. \_\_\_\_\_), puis des troubles psychiques attestés en particulier par les médecins de la CRR et par le Dr N. \_\_\_\_\_, ce dernier ayant retenu un état de stress post-traumatique sub-clinique (avec probablement tendance aux somatisations) et une personnalité avec des traits anxieux et passifs- dépendants (expertise du 25 juin 2009). En outre, force est de constater que le recourant a présenté d'importants problèmes neuropsychologiques. A cet égard, un examen effectué à la CRR le 18 décembre 2006 a mis en évidence une nette péjoration des performances cognitives, se manifestant par une aggravation des troubles mnésiques antérogrades et une importante

- 19 - exacerbation des déficits attentionnels et du ralentissement idéomoteur. Un nouvel examen effectué à la CRR le 26 novembre 2007 a révélé une aggravation des performances par rapport à décembre 2006, un déficit des fonctions exécutives venant s'ajouter aux troubles mnésiques et au ralentissement, sans explication rationnelle. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a pour sa part constaté un ralentissement sévère dans la plupart des épreuves (fluence verbale, épreuves continues, calculs, dessins, séquences gestuelles et coordination réciproque, test d'attention soutenue), une légère désorientation temporelle, des troubles mnésiques antérogrades verbaux sévères (sans perte significative des éléments appris en évocation différée) et visuo-spatiaux, ainsi qu'une amnésie complète de l'hospitalisation à la CRR qui a eu lieu plusieurs mois après le TCC (expertise du 25 juin 2009). Ainsi, on retiendra que les lésions subies par l'assuré dépassent celles que l'on retrouve habituellement dans un accident standard de type "coup du lapin" et revêtent une gravité particulière, tout au moins sur le plan neuropsychologique. d) Le recourant a consulté plusieurs médecins et de nombreux spécialistes, notamment des neurologues, psychiatres et neuropsychologues. Il a effectué des séjours à la CRR, afin d'examiner en détail son état de santé. Comme l'a relevé le Dr N. \_\_\_\_\_, il est suivi par le CPS d'Aigle à la demande de la CNA et a pris contact avec un psychiatre. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a fait état de plusieurs traitements médicamenteux, sans résultats convaincants, relevant que l'absence de diagnostic réel rendait totalement illusoire d'attendre une amélioration d'un traitement médicamenteux. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré prenait toujours des médicaments, de sorte qu'on peut retenir qu'il s'agit d'un traitement de longue durée, depuis l'accident du 24 mai 2006. Dans la mesure toutefois où les mesures thérapeutiques se sont limitées pour l'essentiel à de la physiothérapie et à la prise de médicaments, on peut se demander s'il s'agit d'un traitement médical spécifique continu et pénible. e) Le Dr X. \_\_\_\_\_ a notamment retenu que l'assuré s'était plaint d'un ensemble de symptômes consistant en des céphalées au vertex continues, de type continu et d'intensité moyenne. Le Dr

- 20 - H. \_\_\_\_\_ s'est pour sa part référé à d'importantes plaintes d'un syndrome post commotionnel (rapport du 19 décembre 2006). Lors de l'examen par le Dr N. \_\_\_\_\_, l'assuré a évoqué des céphalées chroniques, continues, non pulsatiles, plus importantes la journée avec diminution durant la journée et nouvelle aggravation en fin de journée, ces

céphalées ne réagissant pas aux médications habituelles. L'assuré a également mentionné parfois des épisodes de douleurs ou de bruits aigus surtout au niveau de l'oreille gauche et des douleurs au niveau des os des deux cuisses. Néanmoins, l'intéressé a affirmé qu'il arrivait à faire face à ces douleurs, mais qu'il devait connaître ses limites. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a quant à lui retenu que l'assuré souffrait de douleurs physiques importantes, sous forme de céphalées très limitantes et de douleurs aux membres inférieurs avec une instabilité à la marche, précisant qu'il s'agissait bien d'une réelle souffrance, très limitante pour le patient, et que l'assuré n'était pas un simulateur ou une personne démonstrative. Dès lors, on retiendra que le critère d'intensité des douleurs est rempli. Au vu du dossier, il n'y a semble-t-il pas eu d'erreurs dans le traitement médical ni de difficultés apparues au cours de la guérison (sous réserve de l'échec des traitements médicamenteux destinés à atténuer les douleurs) ou de complications importantes. f) S'agissant enfin du critère de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré, aucune incapacité n'a été attestée dans un premier temps suite aux examens pratiqués à l'Hôpital du Chablais, puis une incapacité totale a été attestée par le Dr E. \_\_\_\_\_, puis à 50% du 6 au 16 juillet 2006 dans un travail au sol en excluant tout travail en hauteur. Une tentative de reprise du travail au niveau du sol à 50% en juillet 2006 n'a pas eu le succès espéré, en raison de la persistance des douleurs, le Dr E. \_\_\_\_\_ ayant par la suite fait état d'un arrêt de travail à 100% dès le 17 juillet 2006. Une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle a par la suite été reconnue par les médecins de la CRR.

- 21 - Le Dr N. \_\_\_\_\_ a enfin retenu que l'assuré présentait une capacité de travail de 80% à 100% dans une activité adaptée, en évitant les activités trop dangereuses, trop exigeantes en terme de responsabilité et exposées au stress. Il a retenu en outre que l'assuré lui avait déclaré avoir la volonté de reprendre une activité professionnelle, mais qu'il ne s'estimait pas apte notamment à remonter sur une échelle en raison des troubles de l'équilibre, de conduire un véhicule et de travailler devant un ordinateur, ayant de surcroît de la peine à se concentrer, et qu'il aurait sollicité l'OAI pour un reclassement professionnel dans le domaine social. De tels empêchements, décrits par l'assuré, s'expliquent aisément en raison de ses problèmes de santé. Dès lors, on retiendra que le recourant a présenté une incapacité de travail de longue durée et qu'il a fourni des efforts en vue de se réinsérer professionnellement. 5. a) En conséquence, quatre critères sont remplis dans l'examen du caractère adéquat du lien de causalité. Dès lors que l'accident du 24 mai 2006 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents graves (considérant 4a ci-dessus), ces circonstances suffisent à admettre le lien de causalité adéquate litigieux (TF 8C\_683/2008 du 3 août 2009 c. 6.2; TF U 2/07 du 19 novembre 2007 c. 5.3.3, in SVR 2008 UV no 8 p. 26). b) La décision sur opposition du 13 octobre 2008 doit donc être annulée en ce sens qu'il subsiste des séquelles de l'accident du 24 mai 2006, justifiant le cas échéant une incapacité de travail et un traitement médical pour la période postérieure au 13 juillet 2008, les troubles psychiques devant être considérés comme étant en relation de causalité avec cet événement. La CNA devra donc rendre une nouvelle décision en ce qui concerne les prestations dues en faveur du recourant. 6. Partant, le recours doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée et le renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision.

- 22 - La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 61 let. a LPGA). Vu l'issue du litige, le recourant obtient gain de cause, de sorte qu'il a droit à une indemnité de dépens de 2'000 fr. à charge de l'intimée. Par ces motifs, la Cour des

assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 13 octobre 2008 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause lui est renvoyée pour nouvelle décision au sens des considérants. III. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera au recourant R. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. IV. Il n'est pas perçu de frais de justice. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Razi Abderrahim, avocat à Genève (pour R. \_\_\_\_\_) - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents - Office fédéral de la santé publique par l'envoi de photocopies.

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

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