

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 octobre 2009

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Roethenbacher et M. Jomini
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

V._____, à Shtime (Kosovo), recourant, représenté par Me Franklin Sedaj, avocat à Prishtinë (Kosovo)

et

D._____, (ci-après : la caisse), à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne

Art. 4 LPG, 6 LAA

E n f a i t :

A. V._____, né en 1963, de nationalité kosovare, travaillait en qualité de manœuvre pour l'entreprise X._____, à Nyon, lorsqu'il a fait une chute le 4 février 2006. Il a été hospitalisé à l'Hôpital M._____, du 4 au 6 février 2006. Le Dr S._____, qui l'a examiné à son entrée, a constaté un hématome en monocle à droite, une plaie frontale droite, un hématome thoracique postérieur gauche et une tuméfaction du poignet droit. Les diagnostics retenus sont les suivants : "# EDR D; # paroi du sinus maxillaire, contusion rénale, traumatisme cranio-cérébral (ci-après : TCC) avec perte de connaissance". Un traitement sous forme de surveillance, d'immobilisation et d'administration d'antalgiques a été mis en place.

Le rapport radiologique établi le 7 février 2006 par la Dresse G._____ de l'Hôpital M._____ indique ce qui suit :

"(...)

CT SCAN CÉRÉBRAL, MASSIF FACIAL ET ABDOMINAL du 04.02.2006

Cérébral :

Cet examen ne révèle pas de contusion cérébrale notamment de foyer hémorragique intraparenchymateux.

Il n'y a pas de collection justadurale, d'hémorragie sous arachnoïdienne ou intraventriculaire.

Les cavités ventriculaires sont fines et bien centrées et les citernes de la base sont libres.

Pas de fracture de la base du crâne ou de la calotte crânienne.

Massif facial :

Présence d'une fracture non déplacée de la paroi antérieure du sinus maxillaire droit s'étendant dans le canal lacrymal. Il existe également une solution de continuité de la paroi postérieure du sinus maxillaire, non déplacée.

Présence d'une fracture non déplacée de la paroi latérale de l'orbite droite.

Il n'y a pas d'hématome intra-orbitaire. (...) Il n'y a pas de fracture ou de décrochement du plancher des deux orbites.

A signaler une angulation droite de la cloison nasale.

Abdomen :

(...)

Importante diminution de l'espace discal L1-L2 avec aspect irrégulier des plateaux vertébraux évoquant des séquelles de la maladie de Scheuermann.

CONCLUSION

Fracture de la paroi antérieure du sinus maxillaire droit s'étendant dans le canal lacrymal.

Minime solution de continuité de la paroi du sinus maxillaire droit.

Hématosinus maxillaire droit secondaire.

Fracture non déplacée de la paroi supérolatérale de l'orbite droite.

Minime hématome péri-rénal au contact du pôle supérieur du rein se prolongeant jusqu'au contact de la surrénale droite qui semble également contusionnée. Calcul caliciel polaire supérieur rénal droit.

Pas de contusion splénique ou hépatique mis en évidence.

(...)

RADIOGRAPHIE DU POIGNET DROIT FACE, PROFIL, D'UN THORAX ET D'UNE INCIDENCE SINUS du 04.02.2006

Poignet droit :

Fracture diaphysaire spiroïde non déplacée du radius droit sans trait d'extension articulaire.

Thorax :

Status cardiopulmonaire dans les limites de la norme pour l'âge.

Il n'y a notamment pas de signe de contusion pulmonaire ou d'hydro-pneumothorax.

Pas de fracture costale mise en évidence.

Sinus :

Présence d'un comblement complet du sinus maxillaire droit.

Pas de fracture nettement identifiable du massif facial.

Le sinus maxillaire gauche et les sinus frontaux sont bien pneumatisés.

Le rebord orbitaire est continu des deux côtés.

(...)"

Il ressort du rapport établi le 23 mars 2006 par l'inspecteur de la caisse K._____ que V._____ est venu travailler en Suisse en 2004 de façon irrégulière. Depuis avril 2005, il travaille régulièrement pour l'entreprise X._____. Il n'a ni permis de séjour, ni permis de travail. Le samedi 4 février 2006, il travaillait sur une pile de pièces de carrosserie lorsqu'il a perdu l'équilibre, faisant une chute d'environ trois mètres. Il porte un plâtre et c'est le Dr C._____ qui le suit pour son bras. Pour la tête et les côtes, il doit consulter le Dr B._____. Il se plaint de vertiges.

Dans le rapport médical intermédiaire du 25 avril 2006, le Dr C._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique de l'Hôpital M._____, a précisé les diagnostics posés à l'endroit de l'assuré comme suit :

- fracture métaphyso-épiphysaire du radius-droit avec enfoncement articulaire discret versant cubital,

- TCC,
- fracture du malaire droit,
- contusions costales,
- contusions rénales,
- cupulolithiase post-traumatique.

Lors du dernier contrôle effectué le 29 mars 2006, le médecin a constaté, d'un point de vue orthopédique, que l'"AB" était en place, qu'il n'y avait pas de tuméfaction des doigts, qu'après l'ablation du plâtre il n'y avait ni tuméfaction ni déformation, que la styloïde cubitale était tuméfiée, que la radio-cubitale distale était stable mais sensible à la mobilisation et qu'il n'y avait pas de trouble neurovasculaire du membre supérieur droit. Il a précisé qu'une physiothérapie de mobilisation douce avait été mise en place après l'ablation du plâtre, que le patient se plaignait de céphalées persistantes et de vertiges post TCC et que le suivi serait assumé par son médecin traitant. Enfin, il a indiqué que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 4 février 2006 et qu'il y avait à craindre un dommage permanent, sous la forme d'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.

Le 30 juin 2006, le Dr C._____ a indiqué que le dernier contrôle de l'assuré avait eu lieu un mois après l'infiltration de Diprophos de la radio-cubitale distale, qu'une discrète amélioration des symptômes douloureux du carpe et à la prosupination avait été observée, qu'il n'y avait pas de tuméfaction et que le seul traitement en cours consistait en physiothérapie antalgique et de renforcement musculaire de l'avant-bras et des doigts. Il a précisé que, compte tenu du travail manuel de l'assuré (démolition de voitures), une reprise de l'activité professionnelle était difficilement envisageable actuellement et préconisé, en cas de non progression clinique, un séjour dans un centre de réadaptation.

L'assuré a été hospitalisé à la Clinique J._____ du 25 juillet 2006 au 30 août 2006. Le rapport médical pluridisciplinaire établi le 18

septembre 2006 par le Dr Y._____, spécialiste FMH en neurologie, relève notamment les éléments suivants :

"(...)

DIAGNOSTIC PRIMAIRE

- **Réadaptation neurologique** (Z 50.9)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

Polytraumatisme lié à une chute le 04.02.2006 avec :

- **TCC modéré** (T 90.5).
- **Traumatisme facial** (T 90.2) avec :
 - o **Fracture du sinus maxillaire droit.**
 - o **Fracture non déplacée de l'orbite droite.**
- **Fracture de l'extrémité distale du radius droit intra-articulaire** (T 92.2)
- **Contusions rénales droites** (T 91.5)
- **Contusions costales droites** (T 91.0)
- **Céphalées et vertiges dans le cadre d'un syndrome subjectif post-traumatique.**

CO-MORBIDITES

- **Nihil.**

RAPPEL ANAMNESTIQUE

Il s'agit d'un ouvrier d'origine kosovare, en bonne santé habituelle, sans permis de travail, qui fait une chute le 04.02.2006 avec réception sur le côté droit sur les lieux de son travail. (...)

Le patient nous est donc adressé pour un bilan multidisciplinaire et une réadaptation.

A l'entrée, le patient se plaint de la persistance de céphalées diffuses, fluctuantes, constrictives avec parfois une composante pulsatile à point de départ rétro-oculaire droit, augmentant progressivement d'intensité depuis l'accident. Le patient signale également des sensations vertigineuses rotatoires parfois à droite, parfois à gauche, en position assise ou debout, mais non liées aux changements de positions, apparaissant plusieurs fois/semaine, diminuées lors de la position couchée et durant 5 à 10 minutes. De plus, le patient allègue des douleurs du poignet droit lors du port de charges ou du serrage manuel, ainsi que des douleurs costales droites à l'inspiration profonde et aux mouvements de torsion du tronc. M. V._____ se déclare très angoissé et affecté par la situation.

L'anamnèse, même avec un traducteur, est laborieuse, et les renseignements fournis peu précis.

(...)

BILANS ET INVESTIGATIONS cf. annexes

- Consilium psychiatrique du 03.08.2006.
- Consultation de l'appareil locomoteur du 09.08.2006.
- Rapport de prise en charge ergothérapeutique.
- Examen neuropsychologique du 31.07.2006.
- Rapport de physiothérapie.
- Rapport vertiges et instabilités du 01.08.2006.
- Rapport de consultation otoneurologique du 11.08.2006.

LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION

(...)

Au status d'entrée, chez un patient multi-plaintif, on note une très discrète diminution de la mobilité du poignet droit. Le reste du status est dans les limites de la norme, en particulier sans déficit neurologique. Le bilan a été complété par une IRM cérébrale, qui ne montre aucune lésion traumatique dans le parenchyme cérébral.

En ce qui concerne les céphalées, de type tensionnel, divers traitements ont été effectués, sans réel succès. (...)

Du point de vue neurologique, le bilan effectué en albanais à l'aide d'une interprète montre, chez ce patient qui présente de nombreuses plaintes post-traumatiques, un ralentissement, des troubles mnésiques et antérogrades modérés en modalité verbale, ainsi qu'un fléchissement exécutif. Les fonctions practo-gnosiques sont préservées. Les céphalées et les troubles visuels rapportés par le patient, auxquels il ne peut pas s'empêcher de faire référence lors de toute tâche, interfèrent avec l'appréciation des tests et sont susceptibles de majorer l'intensité des troubles cognitifs.

Du point de vue psychique, on est en présence d'un patient en situation précaire du point de vue psychosocial, ce qui contribue certainement à une surcharge psychique. Celle-ci reste cependant malgré tout relativement gérée et il n'y a pas de trouble psychopathologique notoire.

Concernant les vertiges, (...) un bilan otoneurologique a été pratiqué par la Dresse W._____.

Cet examen montre un examen (sic) vestibulaire normal, chez un patient très démonstratif, qui interrompt souvent les exercices, soupire,... Il n'y a aucun argument pour retenir une atteinte vestibulaire, qu'elle soit périphérique ou centrale. 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 patient. Il existe une petite atteinte de perception, mais dans les fréquences très aiguës. Cela est assez habituel chez les patients de son âge ayant été exposés au bruit. L'acouphène que le patient déclare ressentir est absent au moment de la consultation.

(...)

Concernant le poignet, les limitations constatées paraissent tout à fait concordantes avec les données radiologiques. Le patient a une

limitation articulaire très discrète, avec des amplitudes fonctionnelles amplement suffisantes. L'évolution paraît donc favorable, des douleurs résiduelles 6 mois après une fracture du poignet n'étant pas rares.

(...)

En fin de séjour, on constate une augmentation de 7kg de la force de préhension. Le port du poignet de cuir limite l'amplitude des mouvements douloureux et améliore donc les performances de la main droite. Pour le reste, il y a peu d'améliorations. Subjectivement, le patient ne ressent que peu d'améliorations.

L'évolution concernant le poignet devrait en théorie être favorable, même si dans ce cas particulier, l'existence de facteurs sociaux défavorables risquent (sic) de peser lourd dans l'évolution et la réintégration au travail. A la sortie, il a été indiqué au patient qu'un suivi chez le Dr C. _____ était nécessaire.

Concernant la contusion rénale, l'US de contrôle montre des signes de souffrance rénale aspécifique, ainsi que des calculs dans le rein droit, mais il n'y a pas de signe d'hydronéphrose, ni plus aucun signe de la contusion rénale.

En résumé on est en présence d'un patient ayant de nombreuses plaintes subjectives, difficilement corrélées aux divers examens cliniques et paracliniques effectués durant le séjour. Il n'y a eu que très peu d'amélioration, principalement concernant les vertiges et les céphalées, pour lesquels aucun substrat organique n'a pu être mis en évidence. Il est clair que des facteurs psychosociaux défavorables influencent négativement l'évolution de la situation. Nous avons conseillé au patient de prendre contact avec la personne de référence du syndicat, afin d'être aidé dans ses démarches concernant la régularisation de sa situation.

Du point de vue professionnel, en l'absence de substrat organique aux plaintes neurologiques, et au vu de l'amélioration de la force avec le port du poignet de force, une reprise du travail à 50 % en évitant une activité nécessitant de travailler en hauteur, pourrait être envisagée dans un mois. Cependant, les chances de réintégration professionnelle réelles du patient sont fortement diminuées par les facteurs psychosociaux défavorables, liés à sa situation précaire.

INCAPACITE DE TRAVAIL

- 100 % du 25.07.2006 au 01.10.2006
- 50 % dès le 02.10.2006 en évitant le travail en hauteur.

(...)"

Dans le rapport médical intermédiaire du 6 octobre 2006, le Dr C. _____ a confirmé la reprise du travail de l'assuré à 50 % dès le 2 octobre 2006, en précisant qu'il conviendrait que la caisse s'adresse à l'employeur pour que celui-ci procure un travail approprié à son patient. Il

a indiqué que, lors de la consultation du 19 septembre 2006, le patient s'était plaint de multiples douleurs (céphalées, vertiges, nausées, douleurs au poignet droit à l'effort avec irradiation des douleurs dans DII-DIII), mais que l'examen clinique avait montré un poignet sans déformation, sans tuméfaction et une bonne force de préhension.

Il résulte du rapport établi le 12 octobre 2006 par l'inspecteur K. _____ que l'assuré est allé travailler le 2 octobre 2006 mais n'est pas resté une heure, disant que c'était trop pénible. L'employeur s'est engagé à fournir à l'assuré de petits travaux, comme le balayage, le nettoyage, le tri de petites pièces etc. V. _____ s'est plaint à l'inspecteur de ses douleurs à la tête, aux yeux et à son poignet droit. Il a expliqué que s'il fixait devant lui ou regardait vers le bas, il avait des vertiges, que c'était encore pire s'il se penchait en avant et qu'écouter avec attention ou parler lui donnait également des vertiges et un sentiment de malaise. Ses médicaments ne servent presque à rien. Le 2 octobre 2006, il a voulu décoincer un boulon avec une clé en tirant de haut en bas. Cela lui a fait une lancée dans tout le bras droit jusqu'au milieu du thorax. Il ne peut pas travailler comme cela.

Dans le rapport médical du 28 octobre 2006 que le Dr B. _____, médecin généraliste, a établi à l'intention de la caisse, il indique que les plaintes de son patient sont inchangées (persistance de céphalées de l'hémiface et de l'hémisphère droit, vertiges inconstants, douleurs persistantes au poignet droit), que l'IRM effectuée le 6 octobre 2006 n'a montré que des signes de sinusite chronique, qu'un danger permanent sous la forme d'un syndrome post-traumatique est à craindre, mais qu'il est possible que la situation sociale de l'assuré joue un rôle dans l'évolution de son état. Le médecin n'a pas indiqué de date de reprise du travail.

Par lettre du 1^{er} novembre 2006, la caisse a informé l'assuré que, de l'avis de son médecin d'arrondissement, une capacité de travail à 50 % dans une activité évitant les travaux en hauteur et ceux nécessitant une sollicitation accrue du poignet (mouvement de force, surtout avec

rotation, soulèvement de charges de plus de 10 kg) était exigible dès le 6 novembre 2006, de sorte que l'indemnité journalière allait être adaptée.

Par courrier du 9 novembre 2006, le Dr B. _____ a informé la caisse que l'état, essentiellement psychique, de son patient s'était dégradé depuis qu'il avait reçu la lettre du 1^{er} novembre 2006. Il est dans un état anxieux important avec des crises de panique qui l'ont amené à deux reprises à se rendre aux urgences de l'Hôpital M. _____ même au milieu de la nuit. Le praticien a exposé qu'il avait rencontré son patient à plusieurs reprises et que l'état de celui-ci, qui est persuadé "qu'il ne s'en sortira pas", est dangereux sur le lieu de travail, l'angoisse pouvant l'empêcher d'avoir une attention suffisante aux risques inhérents à son activité. Un essai de traitement anxiolytique n'a pour le moment pas apporté d'amélioration significative, de sorte qu'une incapacité de travail à 100 % persiste.

L'assuré a été hospitalisé à la Clinique J. _____ du 3 au 19 juillet 2007. Le bilan multidisciplinaire établi le 31 juillet par le Dr F. _____, spécialiste FMH en neurologie, reprend les mêmes diagnostics, primaire et secondaires, que ceux posés lors de la première hospitalisation, en 2006. Il relève en outre les éléments suivants :

"(...)

LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION

(...)

1. L'examen neuropsychologique des 05.07.2007 et 09.07.2007 a montré un tableau globalement superposable à l'examen effectué le 27.07.2006, lors du premier séjour, voire légèrement amélioré. Toutefois, il a été mis en évidence une baisse des performances à la copie de dessins avec omissions, ajout de traits et difficultés d'organisation, de même qu'une majoration des plaintes (le score évaluant les symptômes post-traumatiques était doublé par rapport au précédent séjour). Pour nous, les performances cognitives du patient, de par leur intensité et leur nature ne peuvent être attribuées à une conséquence directe du TCC, du 04.02.2006.
2. Dans son consilium de l'appareil locomoteur du 17.07.2007, notre médecin-consultant, qui avait déjà vu le patient il y a près d'un an, a pu constater que les plaintes n'avaient pas varié et s'étaient nettement amplifiées. 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, alors que celles-ci étaient normales à l'entrée. En fin de consultation, le patient a d'ailleurs pu serrer la main de notre consultant sans aucune difficulté, ni douleur, avec une flexion palmaire de 60°. Du point de vue objectif, il n'y a pas de signe d'instabilité, ni de grattage, à l'examen du poignet et les RX montrent une fracture parfaitement consolidée du radius distal droit. (...)

En conclusion, le rôle des facteurs psychosociaux reste majeur, il ne faut en particulier envisager aucune intervention chirurgicale et proposer un traitement conservateur basé sur la prescription d'antalgiques et le port d'un poignet de cuir, qui avait déjà été prescrit lors du premier séjour. (...)

3. En physiothérapie, le patient a fait preuve d'une coopération médiocre et n'a jamais réellement pris part à sa rééducation, n'effectuant pas les séances de groupes, ne se présentant plus, vers la fin du séjour aux thérapies. Du point de vue subjectif, les symptômes ont empiré depuis l'accident, avec des céphalées permanentes, augmentées à l'effort, des vertiges, évoqués sur sollicitation, et pas spontanément lors des séances de physiothérapie. Les douleurs au poignet droit sont tantôt mises en avant, tantôt arrivent après les céphalées chez un patient qui est resté très démonstratif. Du point de vue objectif, il n'y a aucun changement dans les capacités fonctionnelles, le patient s'arrête de marcher au bout de dix minutes, pédale moins d'une minute sur un vélo en salle de fitness, en raison de céphalées et de vertiges. Nous ne proposons aucune physiothérapie ambulatoire.
4. En ergothérapie, les constatations objectives sont voisines de celles effectuées par tous les thérapeutes. Du point de vue subjectif, le patient reste très démonstratif, se plaint souvent,

pousse des soupirs lors de toute épreuve, plusieurs séances ont dû être écourtées en raison des plaintes habituelles (céphalées, vertiges). Du point de vue objectif, la force manuelle et de pincement est voisine à celle du précédent séjour, et de nombreuses incohérences ont été retrouvées au bilan de la force et de la dextérité manuelle. Aucun progrès n'a été constaté durant le séjour, et aucune thérapie n'a pu soulager M. V._____. Nous ne proposons aucun suivi ambulatoire en ergothérapie.

5. Du point de vue professionnel, le patient n'a pas de permis de travail, ni de permis de séjour en Suisse. Il était employé dans une entreprise de démolition automobile avec une activité qu'il est difficile de préciser lors de l'anamnèse avec le patient. Compte tenu de la fracture du radius distal, et de l'évolution potentielle vers une arthrose, on peut admettre que ce patient aura des difficultés à reprendre une activité nécessitant des efforts répétés en pro-supination et des travaux de force. Dans une activité adaptée, excluant des contraintes importantes au niveau du poignet, le port de charges lourdes, une capacité totale de travail peut être reconnue. Le patient a été programmé aux ateliers professionnels sur des périodes de deux heures, et a mis en avant assez rapidement des céphalées, des vertiges, des troubles de la concentration ainsi que des douleurs du membre supérieur droit, rendant toute évaluation impossible. Il a fait comprendre à l'équipe des ateliers que son état n'était pas compatible avec une reprise professionnelle. Il est très probable que les facteurs psycho sociaux participent de façon prédominantes (sic) à l'évolution défavorable de ce cas.

(...)

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE DEMOLISSEUR

- 100 % du 16.07.2007 au 06.08.2007.
- 0 % dans une activité légère à moyenne ne nécessitant pas de travaux de force, ou de travaux répétitifs du poignet droit.

(...)"

Il résulte du rapport d'examen final établi le 24 août 2007 par le Dr H._____, médecin d'arrondissement de la caisse, que l'assuré a d'emblée déclaré qu'il allait mal, que la tête tirait et tournait, comme s'il portait 1'000 kg sur le dos. Il a un peu mal en permanence mais beaucoup dès qu'il essaie de travailler, avec des douleurs qui descendent vers les doigts et remontent jusqu'à la nuque. Il a également des douleurs dans les muscles du dos, mal aux yeux et des sensations de chaleur sur le thorax. Lors de l'examen clinique, l'assuré s'est montré très plaintif, dans un état général apparent sans particularité. La gestuelle et les mouvements

spontanés des mains et des poignets sont bien conservés lors de l'entretien. En revanche, lors de la palpation et de l'examen de la mobilité du poignet droit, on se heurte à des hyper-réactions et à une opposition active s'accompagnant de plaintes qui ne permettent pas d'évaluer de façon précise les amplitudes articulaires. A l'examen de la sensibilité, l'assuré décrit une diminution de la sensibilité du membre supérieur droit ne correspondant pas à un territoire neuro-anatomique précis. Pas de limitation ni de douleur spontanée lors de la mobilisation du coude ou des épaules dont les amplitudes sont symétriques. A l'examen neurologique succinct, l'assuré est vigile, bien orienté, il n'y a pas de troubles de la démarche, pas de déviation à l'épreuve "mains tendues", celle de l'index est sans particularité et les réflexes ostéo-tendineux sont symétriques aux quatre membres. Dans l'appréciation du cas, le Dr H._____ relève notamment que l'examen clinique confirme les observations qui ont été faites à la Clinique J._____ concernant le caractère diffus et la disproportion entre les plaintes subjectives et les constats objectifs, notamment radiologiques. Il précise à cet égard n'avoir constaté aucune amyotrophie de l'avant-bras ni de diminution du périmètre par rapport au côté gauche, comme on s'attendrait à en observer en cas de souffrance ostéoarticulaire ou de non-utilisation prolongée. Selon le médecin d'arrondissement, les autolimitations et les incohérences constatées traduisent assez clairement l'influence prépondérante exercée par les facteurs non organiques et les phénomènes d'amplification sur le tableau actuel. Il a indiqué que, même si on ne pouvait exclure une évolution arthrosique à long terme après la fracture intra-articulaire, il n'existait en l'état aucune séquelle articulaire objective susceptible de limiter la fonction du poignet, de sorte que, sur le plan somatique il ne voyait aucun argument susceptible de justifier la poursuite d'une incapacité de travail ni même d'empêcher l'assuré de mettre en valeur une pleine capacité dans le dernier travail exercé avant l'accident. En conclusion, il a exposé que les troubles présentés par l'assuré relevaient de facteurs non-organiques et psychosociaux, dont l'adéquation avec l'accident restait à démontrer.

Dans le courrier qu'il a adressé le 27 septembre 2007 à son confrère le Dr C._____, le Dr T._____, spécialiste FMH en chirurgie

plastique, reconstructive et de la main, a indiqué qu'il avait reçu l'assuré en consultation le 21 septembre précédent. Il a relevé que le tableau clinique était pathétique, qu'il était possible que son poignet présente quelques dommages au niveau de la radio-cubitale distale, ou des lésions des tissus mous du compartiment cubito-carpien, mais que cela ne saurait en aucun cas rendre compte des plaintes manifestées par le patient. Il a précisé que l'importance de ces plaintes n'était "tout simplement pas explicable" sur la base d'une causalité somatique seule, que le poignet était inexaminable et qu'il fallait considérer le patient comme inopérable. Il a indiqué qu'il ne pensait pas avoir affaire à un simulateur, que l'assuré souffrait réellement, que son faciès trahissait une angoisse et un désarroi extrêmes, l'ensemble de ces éléments étant à replacer dans la situation extrêmement précaire de l'intéressé. Estimant que l'assuré avait avant tout besoin d'une assistance psychologique et sociale, voire d'un soutien et d'un suivi psychiatrique *lege artis*, il a préconisé l'organisation d'un entretien ouvert entre la caisse et l'assuré.

Le 3 octobre 2007, l'employeur a informé la caisse que l'activité principale de l'assuré avant l'accident consistait en la manutention de pièces d'automobile et de ferraille (70 %), en démontages mécaniques (20 %) et en nettoyages extérieurs - balai - (10 %). Il a précisé que pour l'activité principale de manutention, l'entreprise disposait de chariots, transpalettes, diables et sangles de déménageur et que les pièces lourdes étaient toujours maniées à plusieurs.

Le 3 décembre 2007, le Dr H. _____ a exposé qu'après avoir pris connaissance du rapport du Dr T. _____, il ne pouvait que confirmer que l'assuré présentait une sévère disproportion entre l'importance des plaintes émises et les constatations objectives et qu'une importante composante psychologique avait grevé l'évolution de son état de santé. Il a confirmé la teneur des conclusions de son rapport du 24 août 2007 en ce sens qu'on ne pouvait pas objectiver de séquelle articulaire imputable à l'accident susceptible de limiter la fonction du poignet ou d'entraver la mise en valeur d'une pleine capacité de travail dans l'activité exercée précédemment.

Par décision du 14 décembre 2007, la caisse a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 3 janvier 2008. Elle a considéré en substance que l'assuré ne présentait plus de séquelles de l'accident nécessitant un traitement et que les troubles dont il se plaignait ne pouvaient s'expliquer comme des séquelles de l'accident.

Par acte du 19 décembre 2007, l'assuré a fait opposition à cette décision. Il a fait valoir qu'il continuait à souffrir de très fortes douleurs au poignet droit ainsi que de céphalées persistantes et de vertiges réguliers, symptômes inconnus avant son accident. Soulignant le fait que son état de santé physique et psychique s'était sensiblement altéré depuis sa chute, il a requis la prise en charge par la caisse des frais résultant des traitements médicaux, le versement d'indemnités journalières et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par décision sur opposition du 5 février 2008, la caisse a maintenu sa décision et rejeté l'opposition. Considérant que seule était litigieuse la question de savoir si l'assuré souffrait de séquelles accidentelles organiques nécessitant un traitement et/ou entraînant une diminution de sa capacité de travail, respectivement de gain ou encore d'une atteinte à l'intégrité durable et importante, elle a exposé que l'évaluation approfondie effectuée à la Clinique J._____ n'avait pas démontré d'anomalie séquellaire objective du TCC, ni mis en évidence des séquelles articulaires objectives susceptibles de limiter la fonction du poignet, que les examens pratiqués avaient conclu à la nature tensionnelle des céphalées et exclu une atteinte ORL permettant de justifier les vertiges. Relevant qu'aucun avis médical contraire ne figurait au dossier et que des mesures d'instruction complémentaires n'étaient pas nécessaires puisque l'assuré avait bénéficié de deux séjours à la Clinique J._____, elle a nié le droit de l'assuré à la poursuite du versement des prestations d'assurance (frais de traitement et indemnité journalière), au versement d'une rente d'invalidité ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le 29 janvier 2008, la police municipale de Nyon a impartit à l'assuré un délai au 15 février 2008 pour quitter la Suisse. L'assuré s'est alors installé à Shtime, au Kosovo.

B. Par acte du 12 février 2008, l'assuré a recouru devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 5 février 2008, en concluant à la réforme en ce sens que l'intimée doit lui verser une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité à un taux de 80 % avec effet au 4 février 2006, plus intérêt à 4 %. Il a requis que les frais de justice soient mis à la charge de l'intimée et que celle-ci soit condamnée à lui verser des dépens à hauteur de 800 francs.

Par pli du 23 mai 2008, le recourant a produit les avis médicaux établis par les Drs [...], spécialiste en orthopédie et en traumatologie à Ferizaj, et [...], neuropsychiatre à Ferizaj, les 11 février et 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 :

"(...)

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 nœud 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 nœud 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, pendent 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 Contusiome 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.

(...)"

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

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 1^{er} 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

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

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).

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

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

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 LPGGA).

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

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, 2^{ème} 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 crânio-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

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;

- 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 crânio-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 crânio-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

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,

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

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

(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 cranio-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

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.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition du 5 février 2008 est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Franklin Sedaj, avocat, Rr. UÇK Nr. 6 (Fah. Post. 7), 10010 Prishtinë, Kosovo (pour le recourant),
- V._____, c/o [...],
- Me Didier Elsig, avocat, avenue de la Gare 1, case postale 489, 1001 Lausanne (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :