

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 novembre 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Pasche et Mme Magnin, juge suppléante
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après: l'assuré), né le [...], a travaillé dès le 15 décembre 2008 en qualité de manœuvre en maintenance non qualifié auprès du R._____ SA à [...]. Il s'agissait d'un emploi temporaire, limité au 31 janvier 2009, obtenu dans le cadre de son droit au chômage ayant débuté le 7 juillet 2007. Il était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA).

Par déclaration d'accident LAA non datée, reçue le 3 mars 2009 par la CNA, R._____ SA a indiqué que l'assuré avait été victime d'un accident le 12 janvier 2009, décrit en ces termes:

"Je rangeais un stock de pièces automobiles dans un endroit confiné et bas de plafond. En me relevant après avoir saisi l'une de ces pièces pour la ranger ailleurs, je me suis violemment cogné la tête sur une poutre en béton. Suite de quoi, j'ai fait une commotion cérébrale."

Consulté le lendemain, le Dr L._____, médecin assistant au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV), a posé le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral simple. Dans le rapport médical LAA du 23 mars 2009, il a fait le constat d'un statut neurologique normal et de l'absence d'hématome et a également observé que l'assuré consommait régulièrement du cannabis. Un traitement antalgique et l'arrêt du cannabis ont été prescrits.

Après quelques jours d'arrêt de travail, l'assuré a été en mesure de reprendre son activité professionnelle à 100% les 19 et 20 janvier 2009, avant de se retrouver à nouveau en incapacité de travail totale dès le 21 janvier suivant (note téléphonique du 5 mars 2009 entre R._____ SA et la CNA).

L'assuré a fait l'objet d'un examen neuropsychologique auprès du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV les 23

février et 10 mars 2009. Selon le rapport du Prof. K._____, le CT-scan cérébral effectué le 22 janvier 2009 n'avait pas mis de lésion traumatique en évidence. Il était par ailleurs fait état d'une consommation quotidienne de cannabis, d'une consommation rare de LSD et d'ecstasy, ainsi que de signes probables de la lignée dépressive. Les troubles du sommeil et de fatigabilité étaient jugés comme des problèmes modérés. Les vertiges, la sensibilité au bruit, les oublis, la mauvaise concentration et la sensibilité à la lumière étaient considérés comme des problèmes légers. Aux termes du rapport, le Prof. K._____ a retenu des difficultés d'apprentissage de matériel verbal et une vigilance affaiblie dans le cadre d'un examen des fonctions cognitives se situant par ailleurs globalement dans les normes. Elle conseillait une reprise professionnelle progressive, en évitant dans un premier temps les travaux à haut risque.

Une note téléphonique de la CNA du 10 mars 2009 mentionnait que l'assuré était suivi par un psychiatre et précisait que leur prochain rendez-vous, le lendemain, ne concernait pas l'assureur-accidents. Le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assuré, avait cependant attesté, en signant les "feuilles-accident LAA pour chômeur", de l'incapacité de travail de son patient dès le 11 mars 2009.

Dans un rapport médical intermédiaire du 28 avril 2009, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne, médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral et indiqué que son patient souffrait de persistance de céphalées et de vertiges, de ralentissement, d'irritabilité, de manque d'attention, et qu'il développait des réactions de type syndrome post-traumatique (phobie, comportement d'évitement). Il prescrivait des calmants et du repos.

A la demande de la CNA, le Dr T._____, spécialiste en neurologie, a procédé à un examen neuropsychologique de l'assuré le 29 juin 2009. Dans son rapport établi le même jour, il appréciait comme suit la situation:

"Il s'agit donc d'un patient visiblement assez particulier sur le plan psychologique, présentant une dépendance aux drogues, souffrant déjà préalablement à l'événement accidentel de maux de tête, victime le 12.01.2009 d'un accident au cours duquel il s'est violemment heurté la tête contre une poutre. L'accident précité a peut-être entraîné une perte de connaissance ainsi qu'une amnésie circonstancielle. Dans les suites de l'accident précité, M. C. _____ s'est plaint de céphalées, de sensations vertigineuses, de troubles de la vision, de troubles de la mémoire et de la concentration, d'une fatigue et d'une fatigabilité et de sorte d'absence. En outre, on fait état d'un changement de personnalité (?).

Les divers examens cliniques et radiologiques pratiqués dans les suites de l'accident n'ont pas démontré de lésions structurelles majeures du système nerveux. Récemment, un bilan psychiatrique a été pratiqué dont on ne connaît pas le résultat.

Actuellement, M. C. _____ admet une nette amélioration des troubles; néanmoins, il se plaint encore d'un état de fatigue persistant, de troubles de la mémoire et de la concentration et de sortes d'absence. Le patient estime qu'il n'a pu reprendre son activité professionnelle préalable en raison des troubles faisant suite à l'événement accidentel.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué est sans anomalie significative. L'EEG est normal, notamment sans évidence d'activité épileptogène susceptible d'expliquer les absences. J'ai revu le CT-Scan cérébral effectué le 22.01.2009 qui est normal. Je me suis procuré le rapport de l'IRM cérébrale qui est rapportée comme normale. J'ai pris note du résultat du bilan neuropsychologique pratiqué en mars 2009 qui a révélé uniquement de discrètes difficultés d'apprentissage.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, M. C. _____ a vraisemblablement présenté le 12.01.2009 un TCC mineur. Une partie des plaintes apparues dans les suites de l'événement accidentel du 12.01.2009 peut être considérée comme compatible avec un syndrome post-traumatique. Les discrètes anomalies mises en évidence à l'examen neuropsychologique effectué en mars 2009 peuvent également être considérées comme compatibles avec un TCC mineur mais peuvent également s'expliquer par des facteurs antérieurs (difficultés scolaires probables) et des éléments psychologiques. S'agissant de la modification de la personnalité dont il est fait mention dans le dossier, il est évident que d'un point de vue somatique, l'accident du 12.01.2009 n'était pas de nature à entraîner une telle pathologie. Mentionnons au passage que l'anamnèse, la normalité de l'examen clinique de même que la normalité du CT-Scan et de l'IRM du cerveau permettent d'écarter raisonnablement une affection somatique maladie à l'origine des troubles, qu'il s'agisse d'une sclérose en plaques, d'un processus expansif, d'une affection vasculaire, etc.

Les plaintes formulées encore actuellement par M. C. _____ lors du présent examen sont en relation de causalité naturelle tout au plus possible mais non probable ou certaine avec l'événement accidentel étant donné la discordance entre le caractère objectivement

modeste de l'accident d'une part et l'importance de même que la répercussion des troubles sur la capacité de travail d'autre part. Compte tenu des éléments précités, je pense que l'on peut effectivement admettre le retour au statu quo ante/respectivement sine des troubles par rapport à l'événement accidentel au terme d'une période de 3 mois suite à l'accident du [12].01.2009. Cette appréciation vaut pour les plaintes formulées par le patient de même que pour l'incapacité de travail.

Comme discuté plus haut, la présente appréciation ne tient compte que des éléments somatiques. D'un point de vue toujours somatique, je ne vois néanmoins pas comment le type de traumatisme subi le 12.01.2009 pourrait être la cause d'une modification de la personnalité du patient."

Invité à se prononcer sur le rapport du Dr T._____, le Dr H._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a considéré, dans un avis du 1^{er} juillet 2009, que le statu quo sine était largement atteint sur le plan somatique. Selon lui, l'incapacité de travail actuelle ne concernait plus la CNA et l'accident avait, à la date du rapport, cessé de déployer ses effets. Il ne retenait pas de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychologiques d'une part, lesquels relevaient vraisemblablement et de façon prépondérante de comorbidités psychiatriques, et la toxicodépendance d'autre part, "et qui auraient tout au plus pu être très passagèrement aggravés par l'accident".

Suivant l'avis du médecin d'arrondissement, la CNA a, par décision du 6 juillet 2009, mis fin aux prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement). Elle considérait que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident mais étaient exclusivement de nature malade, que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (status quo sine) pouvait être considéré comme atteint au plus tard trois mois après l'accident du 12 janvier 2009 et dès lors, qu'il pouvait être mis fin aux prestations d'assurance à compter du jour même de la décision.

L'assuré s'est opposé le 27 juillet 2009 à la décision précitée. Selon lui, malgré les tests neurologiques favorables, il n'avait pas recouvré ses capacités d'avant l'accident.

Examinant les différents avis médicaux figurant au dossier, le Dr H._____ a, le 5 août 2009, procédé à une nouvelle appréciation

médicale et conclu que si l'on se basait sur les suites somatiques de l'accident, l'incapacité de travail ne concernait plus la CNA. Les troubles psychologiques relevaient vraisemblablement d'une comorbidité psychiatrique en relation probable avec une toxicodépendance totalement étrangère à l'accident, comorbidité qui n'avait été que possiblement aggravée par l'accident, de manière temporaire et non déterminante.

Par décision sur opposition du 11 septembre 2009, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé son refus de verser des prestations d'assurance au-delà du 6 juillet 2009. Se référant aux avis des Drs T._____ et H._____, elle a considéré que les atteintes à la santé invoquées par l'assuré avaient certes été cliniquement perceptibles mais ne permettaient pas de prouver à l'origine des troubles l'existence d'une altération structurelle, respectivement ne suffisaient pas à fonder l'existence d'un substrat organique. De surcroît, l'examen des circonstances liées à l'accident ne permettait pas, au vu des critères énoncés par la jurisprudence fédérale en la matière, d'admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement assuré et les troubles sans substrat organique persistants. Partant, il ne subsistait pas de troubles engageant la responsabilité de la CNA au-delà du 6 juillet 2009.

B. C._____ a recouru le 7 octobre 2009 à l'encontre la décision sur opposition précitée, en concluant à la poursuite de la prise en charge des prestations d'assurance au-delà du 6 juillet 2009. Il faisait valoir que les faits retenus dans la décision entreprise étaient incomplets et alléguait qu'après s'être heurté la tête, il était tombé par terre, qu'il était impossible de savoir combien de temps il était resté inconscient, et qu'à la suite de sa consultation au CHUV le lendemain, il avait dormi pendant 48 heures, précisant avoir désormais besoin de dormir plus de 18 heures par jour. Il exposait également que sa personnalité avait changé, sa mémoire était défaillante et sa concentration était nulle. Il se plaignait du fait que le médecin du CHUV ne s'était préoccupé que de sa consommation de cannabis - largement exagérée - et contestait sa consommation d'ecstasy. Il faisait également grief à la CNA de ne pas avoir utilisé une des machines

dont elle disposait pour contrôler les traumatismes crânio-cérébraux simples et les soigner rapidement et à moindre frais.

Dans sa réponse du 4 janvier 2010, l'intimée, par son conseil, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 11 septembre 2009. Elle relevait qu'en intervenant pendant près de 6 mois, soit près du double de la durée prescrite par le Dr T._____, elle s'était montrée généreuse dans la prise en charge du cas, d'autant plus si l'on considérait qu'à compter du mois de mars 2009, les incapacités de travail du recourant avaient été prescrites, d'une part, alors qu'il se trouvait sans emploi et, d'autre part, par son psychiatre traitant, lequel suivait et traitait l'assuré déjà avant l'accident du 12 janvier 2009, à la fois pour des troubles dépressifs et pour des problèmes de dépendance à la drogue. Cela étant, elle observait que les quelques rares déficits neuropsychologiques du recourant – pour autant qu'ils fussent en rapport avec l'événement du 12 janvier 2009 – n'avaient pas provoqué d'altération structurelle chez celui-ci et devaient, au mieux, être considérés comme des atteintes à la santé uniquement cliniquement perceptibles. Les résultats de l'imagerie médicale avaient démontré l'absence d'anomalie intracérébrale, d'hémorragie intracrânienne ou de lésion osseuse crânienne. Par ailleurs, d'autres troubles (état dépressif, abus de drogues), mis en évidence très tôt chez l'assuré, expliquaient le décours particulier des quelques déficits neuropsychologiques décelés.

Invité à répliquer, le recourant a contesté, par courrier du 27 avril 2010, que sa consommation de cannabis ait été régulière, qu'il ait consommé du LSD ou de l'ecstasy et qu'il ait eu des problèmes de concentration et de mémorisation avant l'accident. Il a rappelé que les résultats des examens du 23 février et 10 mars 2009 parlaient de normes basses, alors que les résultats des mêmes examens réalisés en décembre 2009 montraient un état globalement dans les normes. Il expliquait que le Dr S._____ avait été consulté à la suite de l'accident et dans le cadre de problèmes familiaux. Il a insisté sur le fait que les déficits neuropsychologiques étaient apparus à la suite de l'accident, et que des examens au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois avaient établi qu'il

n'était ni dépressif, ni atteint d'une maladie psychiatrique et qu'il était abstinent aux drogues. Il concluait à l'octroi d'une compensation financière jusqu'à fin décembre 2009 et produisait différentes pièces - la plupart figurant déjà dans le dossier de l'intimée - dont notamment:

- un rapport du Centre [...] d'ergothérapie portant sur les évaluations des 26 mai, 2 et 9 juin 2009, mentionnant les ressources du recourant ainsi que la présence de quelques difficultés;

- un rapport du Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois du 26 novembre 2009, relatif à l'hospitalisation du 15 au 25 juin 2009, à l'attention du Dr S._____. Il y était mentionné que ce dernier suivait le recourant depuis octobre 2006, dans le cadre d'un sevrage au cannabis et d'un repli sur lui-même et qu'à la suite de l'accident de 2009, il avait posé le diagnostic d'épisode psychotique. Selon ce rapport, le recourant avait reconnu une consommation de cannabis (plusieurs joints par jour) avant le traumatisme crânio-cérébral, ainsi que d'héroïne, de LSD et de champignons. Afin d'exclure toute origine somatique au changement de personnalité du recourant, une IRM cérébrale et une prise de sang avaient été effectuées, lesquelles n'avaient révélé aucune particularité. Aucune médication n'a été prescrite;

- un courrier du 15 mars 2010 adressé au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois, dans lequel le recourant contestait avoir consommé de l'héroïne et du LSD et alléguait n'avoir consommé qu'une seule fois des champignons. Il précisait également avoir passé plusieurs tests destinés à exclure notamment la dépression et la schizophrénie.

- un rapport du Prof. K._____. relatif à l'examen neuropsychologique réalisé dans le Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV le 14 décembre 2009, et qui mettait en évidence des résultats globalement dans la norme. Le Prof. K._____. relevait, en comparaison avec le dernier examen (23 février et 10 mars 2009), une évolution favorable du tableau, avec une normalisation des performances en mémoire antérograde verbale et de la vigilance et

concluait qu'au plan strictement neuropsychologique, les résultats observés n'étaient pas de nature à entraver une possible réinsertion professionnelle;

- un certificat d'études secondaires et les attestations d'apprenti peintre en automobiles pour les années scolaires 2002/2003 et 2003/2004, ainsi que les notes obtenues.

L'intimée a pris position sur les observations du recourant par écriture du 20 mai 2010. Elle a relevé que les pièces produites par le recourant s'inscrivaient parfaitement dans le raisonnement et la décision entreprise et que des divergences subsistaient notamment quant à l'étendue de la consommation de drogue et leurs séquelles sur l'assuré, précisant que tant les pièces du dossier que les nouvelles pièces produites par le recourant, particulièrement le rapport du Centre de psychiatrie du Nord Vaudois, faisaient état d'une consommation de drogue qui n'était pas anodine et d'un suivi dans le cadre d'un sevrage au cannabis et d'un repris sur lui-même depuis 2006 par le Dr S._____. De surcroît, le rapport relatif à l'examen neuropsychologique du 14 décembre 2009 permettait de confirmer l'évolution favorable déjà observée et décrite en 2009 par les Drs T._____ et H._____.

C. Le dossier de la procédure ouverte par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a été versé au dossier de la présente cause. Il en ressortait notamment que, le 20 juillet 2009, C._____ avait déposé une demande de prestations à l'assurance-invalidité.

Dans un rapport médical du 6 septembre 2009 à l'OAI, le Dr G._____ a diagnostiqué un traumatisme crânien, un trouble de la personnalité sans précision (F60.9) et une dépendance au cannabis (F12.20), diagnostics retenus dans l'avis de sortie du 25 juin 2009 du Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois. Il mentionnait l'hypothèse d'une décompensation psychiatrique déclenchée par l'accident, énumérant différents troubles: "persistance désorganisation, asthénie, céphalées,

tendance aux vertiges, lenteur, difficultés de concentration, isolement, retrait social, affect bizarre". Le patient ne prenait actuellement plus de médicament. Une lente amélioration était observée et la reprise d'une activité avait été prévue à 25% dès le 12 août 2009. Le recourant ne pouvait toutefois plus grimper sur une échelle/échafaudage et présentait des limitations dans sa capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation ainsi que de résistance. Le Dr G._____ joignait à son rapport différents documents médicaux, dont le résultat de l'IRM cérébrale réalisée le 22 juin 2009 dans le Service de radiologie des Etablissements hospitaliers du Nord Vaudois constatant l'absence de lésion post-traumatique décelable ainsi que de lésion pouvant expliquer un changement de comportement.

Interpellée par l'OAI, le Prof. K._____ a posé le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral dans son rapport du 15 décembre 2009. Elle renvoyait pour l'essentiel à son rapport d'évaluation neurologique du 14 décembre 2009, précisant que les troubles neuropsychologiques présentés après l'accident - mais qui s'étaient nettement améliorés - étaient de nature à diminuer la capacité de travail en raison d'une fatigabilité accrue. Elle estimait que la capacité de travail était actuellement de 50%, ne retenant aucune limitation, si ce n'était une capacité d'adaptation partiellement limitée.

Après examen des différents avis médicaux, le Dr V._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) s'est exprimé comme suit sur la situation, dans un avis du 22 mars 2010:

"Pendant cet emploi il s'est tapé la tête, des investigations approfondies n'ont pas mis en évidence de lésion, l'évolution a été favorable. Un examen neuropsychologique avait été fait en février et mars 2009, puis répété en décembre 2009, sans mettre en évidence d'atteinte neuropsychologique invalidante. Le dernier examen montre des résultats dans la norme. Malgré cela le service de neuropsychologie du CHUV estime que la capacité de travail est diminuée de 50%, avec proposition de déterminer le taux de capacité par des essais pratiques.

Un séjour hospitalier en psychiatrie du 19 au 25.06.2009 est signalé, avec diagnostic de trouble de la personnalité sans précision.

Renseignement téléphonique pris auprès du Dr G. _____ ce jour: Cet assuré n'a pas de traitement ou de suivi psychiatrique. Il vit certes dans un environnement marginal et présente un comportement parfois bizarre. En juillet une suspicion de premier épisode de décompensation psychotique avait été émise, mais depuis l'assuré est resté compensé, et cette crainte s'est avérée infondée ce jour. Selon ce médecin, ce n'est pas une atteinte à la santé psychique qui est à l'origine des difficultés d'apprentissage professionnel et de travail. Ceci est confirmé par le dernier examen neuropsychologique qui ne met en évidence aucune atteinte hors des normes.

Conclusion:

Aucune atteinte justifiant une diminution de la capacité de travail ou des limitations fonctionnelles n'est démontrée."

Le 21 mai 2010, l'OAI a adressé à l'assuré une décision - confirmant le préavis (projet de décision) communiqué le 25 mars 2010 - lui refusant le droit à des prestations AI, au motif qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Il retenait que les nombreuses investigations médicales entreprises faisaient état de résultats parfaitement dans la norme sur le plan somatique et que certains spécialistes ont relevé une totale discordance entre ses plaintes et le caractère particulièrement modeste de l'incident du 12 janvier 2009. De plus, les difficultés d'apprentissage, les problèmes de concentration et la fatigabilité n'étaient pas dus à une pathologie d'ordre psychiatrique, aucun élément médical ne permettant d'objectiver une atteinte à la santé psychique et l'assuré ne bénéficiant d'aucun suivi.

D. Le 27 août 2010, l'intimée s'est déterminée sur le dossier AI du recourant. Elle a rappelé les conclusions de l'IRM du 22 juin 2009 ("pas de lésion traumatique [...] pas de lésion pouvant expliquer un changement de comportement"), l'indication du Dr G. _____ dans son rapport du 6 septembre 2009 s'agissant du suivi médical continu de recourant depuis 2004 pour des troubles de la personnalité, une dépendance au cannabis et des éléments pré-psychotiques, et le constat du Prof. K. _____ dans son rapport du 15 décembre 2009 relatif à la normalisation des performances cognitives à la suite du TCC ainsi que des discrets troubles ne nécessitant ni médication ni traitement sur le plan neuropsychologique. Elle se référait pour le surplus à ses précédentes écritures.

Egalement invité à se déterminer, le recourant n'a fait valoir aucune observation.

E n d r o i t :

1. 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 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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.

2. a) 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; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le présent litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 6 juillet 2009.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références).

Ainsi, 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 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références); le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références; ATF 129 V 177 précité consid. 3.2; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1 in fine et les références).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour

la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants 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, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

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 dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002, consid. 2a).

4. En l'espèce, le recourant a subi le 12 janvier 2009 un traumatisme crânio-cérébral simple selon le Dr L._____ (rapport médical du 23 mars 2009), traumatisme qualifié de mineur par le Dr T._____ (rapport médical du 29 juin 2009).

a) Selon la jurisprudence, en ce qui concerne les accidents avec traumatisme de la colonne cervicale, lésions équivalentes ou traumatismes crânio-cérébraux, on distingue sur le plan physique trois catégories d'atteintes à la santé (ATF 119 V 335 consid. 2b notamment).

La première d'entre elles regroupe les atteintes à la santé qui reposent sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon. Elles reposent donc sur une base purement organique. Si cette altération structurelle est due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb). En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie.

La deuxième catégorie comprend les atteintes à la santé qui sont certes "organiquement" perceptibles cliniquement (cliniquement = constatable avec l'examen médical), mais qui n'ont pas de substrat organique dans le sens d'une altération structurelle. De telles atteintes ne peuvent pas être (suffisamment) prouvées du point de vue organique. Par exemple, en cas de diagnostic de "syndrome cervical", on observera une contraction musculaire (TFA U 326/2001 du 7 janvier 2003 et U 9/2005 du 3 août 2005), ou des myogéloses ou une limitation de la mobilité de la tête, par exemple une inclinaison de la tête (TFA U 109/2004 du 23 novembre 2004), sans qu'aucune base organique allant dans le sens d'altérations structurelles (TFA U 227/2004 du 30 septembre 2005, consid. 4.2.1) n'en explique la cause. L'expérience montre que ces troubles ont comme particularité de pouvoir également être déclenchés psychiquement. Il en va de même pour des problèmes mis en évidence

par des tests neuropsychologiques (distraction, manque de concentration, etc.) et qui ne sont pas fondés sur une atteinte organique (cérébrale) (TFA U 80/2001 du 11 juillet 2003 et U 216/2003 du 20 septembre 2004). De telles atteintes, dont la cause organique n'est pas démontrable quand le lien de causalité est retenu, ne sont pas considérées sans autres comme étant en lien de causalité adéquate avec l'accident, tel que c'est le cas pour les atteintes avec substrat organique au sens d'altérations structurelles. Dans ces cas de plaintes seulement perceptibles cliniquement, il faut encore évaluer à part la causalité adéquate.

Enfin, les atteintes à la santé qui ne sont pas perceptibles cliniquement et qui n'ont pas de substrat organique au sens d'altérations structurelles établies prennent place dans la troisième catégorie. Il s'agit de simples plaintes de troubles diffus (ATF 119 V 335). Dans ce cas, la causalité naturelle fait déjà défaut.

b) En l'espèce, il s'agit d'examiner si les atteintes à la santé constatées ou exprimées par le recourant reposent sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et, dans l'affirmative, d'examiner si cette altération structurelle est la conséquence de l'accident.

Au lendemain de l'accident, le Dr L._____ diagnostique un traumatisme crânio-cérébral simple, constate un status neurologique normal et observe une consommation régulière de cannabis. Dans le cadre d'un examen neuropsychologique auprès du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV les 23 février et 10 mars 2009, le Prof. K._____ relève l'absence de lésion traumatique. Elle fait état d'une consommation quotidienne de cannabis et mentionne des signes probables de la lignée dépressive tout en situant les fonctions cognitives globalement dans la norme. Une IRM cérébrale réalisée le 22 juin 2009 au Service de radiologie des Etablissement hospitalier du Nord Vaudois n'a pas décelé de lésion post-traumatique ni de lésion pouvant expliquer un changement du comportement. Dans son rapport du 29 juin 2009, le Dr

T._____ fait état d'un patient assez particulier sur le plan psychologique, dépendant aux drogues et souffrant de longues dates de céphalées. Il relève que la normalité du CT-scan et de l'IRM permet d'écarter une affection somatique à l'origine des troubles et que les divers examens cliniques et radiologiques n'ont pas démontré de lésions structurelles majeures. Il estime qu'une partie des plaintes apparues à la suite de l'événement accidentel du 12 janvier 2009 peut être considérée comme compatible avec un syndrome post-traumatique et que les discrètes anomalies mises en évidence à l'examen neuropsychologique peuvent également être considérées comme compatibles avec un traumatisme crânio-cérébral mineur mais peuvent également s'expliquer par des facteurs antérieurs et des éléments psychologiques. Quant à la modification de la personnalité du recourant, il est évident, selon le Dr T._____, que l'accident du 12 janvier 2009 n'était pas de nature à entraîner une telle pathologie. Ce praticien conclut que les plaintes encore formulées à la date de son rapport sont en relation de causalité naturelle tout au plus possible mais non probable avec l'événement accidentel étant donné le caractère objectivement modeste de l'accident d'une part et la répercussion des troubles sur la capacité de travail d'autre part. Le Dr T._____ admet le retour au statu quo ante trois mois après l'accident, soit le 12 avril 2009. Dans un avis du 1^{er} juillet 2009, le Dr H._____ se rallie à l'appréciation du Dr T._____ s'agissant du statu quo ante largement atteint sur le plan somatique. Le médecin d'arrondissement ne retient pas de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychologiques d'une part, et la toxicodépendance d'autre part. Après un nouvel examen des avis médicaux figurant au dossier, il confirme sa position dans un rapport du 5 août 2009; il retient que les troubles psychologiques relèvent vraisemblablement d'une comorbidité psychiatrique en relation probable avec une toxicodépendance totalement étrangère à l'accident, comorbidité qui n'a été que possiblement aggravée par l'accident, de manière temporaire et non déterminante.

Par ailleurs, le recourant est suivi par le Dr S._____ depuis 2006, soit bien avant l'accident, en raison de sa consommation de cannabis et du repli sur lui-même. C'est d'ailleurs ce psychiatre qui a

adressé le recourant au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois, où il a séjourné du 15 au 25 juin 2009. L'avis de sortie fait mention des diagnostics de trouble de la personnalité sans précision et de dépendance au cannabis, abstinent. Dans son rapport médical du 6 septembre 2009 à l'attention de l'OAI, le Dr G._____, médecin traitant du recourant depuis 2004, diagnostique un traumatisme crânien, un trouble de la personnalité sans précision et une dépendance au cannabis. Il fait état de persistance de désorganisation, d'asthénie, de céphalées, de tendance aux vertiges, de lenteur, de difficultés de concentration, d'isolement, de retrait social, d'affect bizarre et mentionne l'hypothèse d'une décompensation psychiatrique déclenchée par l'accident.

c) Au vu de ce qui précède, force est de constater que les quelques déficits neuropsychologiques de l'assuré, pour autant qu'ils soient en rapport avec l'accident du 12 janvier 2009, n'ont pas de substrat organique. Ils peuvent au mieux appartenir à la seconde catégorie (cf. consid. 4a *surpa*) mais ne permettent nullement de prouver à l'origine des troubles l'existence d'une altération structurelle.

5. a) En cas d'atteinte à la santé sans preuve de déficit organique consécutif 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. Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé en 2008 sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109). Selon cet arrêt (et la jurisprudence subséquente - cf. notamment TF 8C_39/2010 du 7 septembre 2010, consid. 5), il faut appliquer une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles. 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. Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin" et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible;
- l'intensité des douleurs;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

En cas d'accident de peu de gravité ou d'accidents insignifiants, on peut sans autre en principe nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et des suites accidentelles non manifestes. S'il s'agit d'un accident grave, il faut en principe admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate. Quant aux accidents de gravité moyenne, il faut prendre en compte d'autres circonstances objectives en relation avec l'accident (critères précités).

b) En l'occurrence, il est manifeste que l'événement du 12 janvier 2009 ne constitue pas un accident grave, ni un accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves.

Cela étant, l'accident est décrit comme un violent choc de la tête contre une poutre en béton. Au vu des éléments du dossier, son déroulement n'est pas objectivement impressionnant et n'a pas eu lieu dans des circonstances dramatiques.

Le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral simple est posé le lendemain et il est constaté un status neurologique normal ainsi que l'absence d'hématome. Le Prof. K. _____ retient que le CT-scan cérébral effectué le 22 janvier 2009 n'a pas mis de lésion traumatique en évidence. Le Dr T. _____ fait état de problèmes légers et de discrètes anomalies qui peuvent être liés au traumatisme crânio-cérébral mais aussi à des facteurs antérieurs et relève que la causalité naturelle n'est que possible et non probable avec l'accident. De surcroît, des troubles antérieurs à l'accident sont constatés chez le recourant, tels qu'un état dépressif, une consommation de stupéfiants et des maux de tête, pouvant être à l'origine, comme facteurs extérieurs à l'accident, de quelques déficits neuropsychologiques décelés. Le Dr H. _____ précise que les troubles psychologiques relèvent vraisemblablement d'une comorbidité psychiatrique en relation probable avec une toxicodépendance totalement étrangère à l'accident. Au vu de ce qui précède, et l'absence de lésion osseuse ou neurologique en particulier, le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions ne peut être retenu.

Le Dr L. _____ a prescrit au recourant un traitement antalgique et l'arrêt du cannabis. Le Dr G. _____ mentionne lui avoir prescrit des calmants et du repos (rapport du 28 avril 2009). Au terme du séjour au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois le 25 juin 2009, aucune médication ne lui est prescrite. Le Dr T. _____ mentionne par ailleurs dans son rapport du 29 juin 2009 qu'il lui semble que "le traitement ait comporté la prescription d'antalgiques, sans autre". On ne saurait dès lors, au vu de ces éléments, retenir le critère de l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible. Précisons que le recourant est en traitement chez le Dr G. _____ depuis 2004 et est suivi par le Dr S. _____ depuis 2006 dans le cadre d'un sevrage et d'un repli sur lui-même, et non pour les séquelles de l'accident.

S'agissant du critère de l'intensité des douleurs, il ne ressort pas du dossier que le recourant ait souffert de douleurs particulièrement intenses. Il n'y a pas non plus d'indices pour admettre une erreur de traitement, ni des difficultés ou complications importantes au cours de la guérison.

Quant à l'importance de l'incapacité de travail, elle ressort davantage de facteurs antérieurs et extérieurs que de l'événement accidentel du 12 janvier 2009, lequel a tout au plus eu une incidence légère sur des facteurs préexistants. L'OAI a d'ailleurs constaté, dans sa décision du 21 mai 2010, qu'aucun élément médical ne permettait d'objectiver une atteinte à la santé psychique avérée qui puisse être à l'origine des troubles et justifier une quelconque incapacité de travail. Au demeurant, le jour de l'accident, le recourant a terminé sa journée de travail et après quelques jours d'arrêt de travail a été en mesure de reprendre son activité à 100%, les 19 et 20 janvier 2009.

En conclusion, l'examen des circonstances liées à l'accident ne permet pas d'admettre que les critères énoncés par la jurisprudence sont majoritairement remplis. Il s'ensuit que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 12 janvier 2009 et les troubles sans substrat organique n'existait plus – pour autant qu'il ait existé – au 30 juin 2009 au plus tard. L'intimée était donc en droit de refuser de prolonger les prestations au-delà du 30 juin 2009.

c) Le recourant fait également grief à l'intimée de ne pas avoir, dans le cadre du traitement médical pris en charge, utilisé une des machines dont elle disposait, permettant de contrôler les traumatismes crânio-cérébraux simples et de les soigner rapidement et à moindre frais.

A cet égard, il sied de relever que le traumatisme crânio-cérébral a été traité et guéri, de sorte qu'il n'existe aucun motif propre à convaincre la CNA de poursuivre le traitement médical au moyen de la machine précitée. Par ailleurs, la CNA était fondée à ne pas compléter les

démarches entreprises par les différents médecins sollicités, eu égard aux avis de ces derniers faisant état de l'évolution favorable de la situation.

6. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (cf. art. 61 let. g *a contrario* LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 6 juillet 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- C. _____
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents)
- Office fédéral de la santé publique

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 :