

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2011

Présidence de M. M E T R A L
Juges : Mme Röthenbacher et M. Gerber, juge suppléant
Greffière : Mme Trachsel

Cause pendante entre :

L. _____, à Yvonand, recourant, représenté par Me Eric Kaltenrieder,
avocat, à Yverdon-les-Bains,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée,

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré), né en 1969, domicilié à l'époque en France, était employé de la société N._____SA au Locle depuis 2000. Il y travaillait comme opérateur-régleur de production. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (SUVA) (ci-après : la caisse) contre les accidents professionnels et non-professionnels.

Le 15 juillet 2004, il a été victime d'un accident de moto entre la frontière suisse et française. La voiture qu'il suivait a freiné brusquement pour éviter un camion qui arrivait en sens inverse dans un virage. Freinant lui aussi brusquement, il a chuté de sa moto.

L'assuré a été d'abord emmené en voiture par son épouse, qu'il avait appelée sur les lieux, chez un médecin qui l'a fait transporter en ambulance au Centre hospitalier [...] où il a été hospitalisé du 15 au 20 juillet 2004. Selon un rapport médical du Dr B._____, spécialiste en chirurgie osseuse, audit centre, daté du 10 août 2004, l'assuré a subi un traumatisme crânien sans perte de connaissance. L'examen clinique et paraclinique ne donnait rien à signaler. Sur un certificat établi le 20 juillet 2004, on relevait :

"Je soussigné Docteur M. M._____, chirurgien du Centre Hospitalier [...], certifie avoir examiné et traité Monsieur L._____, âgé de 34 ans, demeurant à Charmoille, victime d'un traumatisme le 15 juillet 2004. Il présentait les lésions suivantes : traumatisme crânien sans perte de connaissance, selon le patient, impotence fonctionnelle membres inférieur et supérieur gauches. Tous les examens cliniques et paracliniques ont éliminé toute compression qui pourrait provoquer ce tableau clinique (scanner dorso- lombo-sacré sans particularité, scanner cérébral sans particularité, radiographie cervico-dorso-lombaire sans particularité). Ces lésions entraînent une incapacité temporaire totale inférieure à trois mois. »

L'assuré a ensuite été hospitalisé du 21 au 22 juillet 2004 en urgence au service de neurochirurgie du Centre Hospitalier [...]. Selon le Dr F._____, l'assuré souffrait le 21 juillet 2004 d'un déficit moteur incomplet aux membres supérieur et inférieur gauches ainsi que d'un

déficit sensitif des quatre membres ; les signes évoquant un syndrome médullaire avaient disparu. Tant une IRM cervicale que les clichés dynamiques du rachis cervical étaient dans les limites de la normale.

L'assuré a fait en septembre 2004 une tentative de suicide dans un contexte de difficultés familiales avec son épouse, qui l'a par la suite quitté.

B. Un rapport d'analyse de la situation a été effectué par la caisse le 13 décembre 2004. Il relevait l'existence d'une hémiplégie gauche, une anosmie, une agueusie, des vraisemblables troubles neuro-psychologiques et une impuissance sexuelle complète.

Selon un rapport médical du Dr [...], chef du service d'ophtalmologie du Centre hospitalier [...], daté du 12 janvier 2005, il n'y avait pas de pathologie organique pour les troubles de la vision dont l'assuré se plaignait. A son avis, l'assuré souffrait essentiellement de troubles cognitifs, en particulier d'une agnosie visuelle. Ce médecin a rendu le 24 mars 2006 un certificat médical dans lequel il constatait que la vision de l'œil gauche était nulle tandis que celle de l'œil droit était de 8/10e. L'assuré montrait une "attitude vicieuse de la tête" quand il regardait de loin, vraisemblablement en raison d'une hémianopsie qui ne pouvait pas être quantifiée, vu les tremblements importants de tout le corps, augmentés par l'émotion.

L'assuré a été hospitalisé au Centre Z._____, en France, du 27 décembre 2004 au 8 avril 2005. Cette hospitalisation a fait l'objet d'un rapport médical réalisé par le Dr W._____, spécialiste en médecin physique et réadaptation qui a mis en évidence les conclusions suivantes :

"Prise en charge rééducative d'un patient victime d'un accident de la voie publique il y a cinq mois avec notion de traumatisme crânien responsable d'une hémiplégie gauche spastique, d'une anesthésie héli-corporelle gauche, d'une anosmie, de troubles cognitifs et comportementaux".

(...)

Nous avons retrouvé l'IRM cérébrale, cervicale et dorso-lombaire réalisée le 22 novembre 2004. Il n'y a aucune lésion intracérébrale, que ce soit ischémique ou séquelles de lésion axonales diffuses.

(...)

Concernant la vision, en reprenant l'interrogatoire, il s'avère que Monsieur L._____ se plaint essentiellement d'un problème de reconnaissance visuelle, de difficulté à visualiser en relief, de mauvaise appréciation des distances, pouvant faire évoquer une agnosie visuelle.

Ceci a motivé la réalisation d'un SPECT cérébral, réalisé le 2 février 2005. Celui-ci met en évidence un défaut focalisé au niveau du gyrus post-central gauche avec hétérogénéité de fixation diffuse des 2 lobes temporaux.

(...)

Fort de ces éléments, montrant une discordance entre la clinique évoquée et les examens complémentaires, une consultation a eu lieu auprès du psychiatre qui a décelé très rapidement une conversion hystérique. Les contacts téléphoniques ultérieurs pris avec des praticiens psychiatres qui avaient vu en consultation Monsieur L._____ ont confirmé ce diagnostic.

(...)

CONCLUSION ET DIAGNOSTIC FINAL :

Prise en charge rééducative et à titre d'évaluation d'un patient victime d'un accident de la voie publique le 15 juillet 2004, présentant une symptomatologie neurologique multiple se traduisant par une paralysie de la moitié du corps gauche, des troubles cognitifs, ophtalmologiques et auditifs. Découverte d'une hystérie de conversion.

Amélioration de la motricité du membre inférieur gauche permettant un retour à une marche presque normale, sur un périmètre de marche illimité. Le bilan des autres déficiences prêté à caution.

Discordance entre le niveau des plaintes et les résultats fonctionnels."

Selon un rapport médical du 30 mai 2005 du Dr X._____, psychiatre, l'assuré souffrait probablement d'une hystérie grave avec mécanismes de conversion et agressivité sous-jacente non verbalisée.

C. A la demande de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel et de la caisse, l'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'expertise [...] de Genève, réalisée par le Dr U._____, médecin-chef du centre et par la Dresse E._____,

spécialiste FMH en rhumatologie-médecine physique et réadaptation. Leur rapport, daté du 28 juin 2006, retenait :

"DIAGNOSTICS

Avec répercussion sur la capacité de travail

Troubles moteur dissociatif (CIM-10 : F 44.4).

Flexum des articulations métacarpo-phalangiennes et des interphalangiennes proximales 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main gauche, suite à la position vicieuse tenue dans le cadre du premier diagnostic.

Flexum du coude gauche de 25° non réductible dans le cadre du premier diagnostic.

Trouble neuropsychologique attentionnel et bradypsychie, peut-être partiellement dans le contexte de la médication antiépileptique préventive et du trouble psychique.

Sans répercussion sur la capacité de travail

Douleurs de la hanche gauche.

(...)

5. Lesquels de ces diagnostics peuvent être attribués, au moins avec vraisemblance, à l'événement du 15.07.2004?

Probablement aucun. Le trouble moteur dissociatif s'inscrit dans le contexte d'une très probable prémorbidité psychiatrique et dans le contexte conjugal perturbé. L'accident a néanmoins été le catalyseur de ce trouble. En effet, les premières manifestations de ce trouble surviennent immédiatement après l'accident, mais sont fluctuantes.

6. Lesquels de ces diagnostics se rapportent, au moins au degré de la vraisemblance, à un substrat organique ?

Développement de rétractions tendineuses et des capsules articulaires des doigts de la main gauche et du coude gauche.

(...)

8. Au regard des seules suites de l'accident, comment appréciez-vous la capacité, en termes de rendement, en qualité d'opérateur régleur ?

Nous considérons qu'il ne demeure que des suites de maladie et estimons la capacité de travail comme entière par rapport aux suites de l'accident.

Dans le cadre de l'expertise du Centre d'expertise [...], l'assuré a été examiné par la Dresse R. _____, psychologue en neuropsychologie

FSP et logopédiste diplômée. Elle a notamment retenu les éléments suivants :

"L'ensemble de l'examen neuropsychologique ne révèle pas de déficits évoquant une lésion focalisée. Les difficultés mnésiques relevées tant pour une tâche verbale que pour une tâche visuo-spatiale sont très probablement à mettre sur le compte d'un trouble de l'attention, lié à l'important ralentissement, objectivé tout au long de l'examen pour l'ensemble des tâches chronométrées.

(...)

Un syndrome frontal ne peut pas être retenu, seuls le ralentissement et la bradypsychie en étant l'expression. Une souffrance psychique est certes à l'origine tant du ralentissement que des troubles moteurs, lesquels sont extrêmement variables en l'espace de 3 heures d'examen, passant d'une agitation extrêmement marquée à une absence de mouvements parasites avec perte de la flexion extrême du membre supérieur gauche.

Le Dr K._____, spécialiste en neurologie, a aussi été consulté dans le cadre de l'expertise réalisée par le Centre d'expertise [...]. Il a estimé que l'examen neurologique ne permettait pas d'objectiver de manière cohérente une atteinte de type corticospinale, extrapyramidale ou même d'ordre périphérique.

Le 23 novembre 2006, l'assuré a été examiné par les Drs J._____, psychiatre diplômé à Saint-Thibault des Vignes, en France, et V._____, psychiatre et expert à la Cour d'appel d'Angers, en France également, dans le cadre du litige en responsabilité civile entre les assureurs des véhicules impliqués dans l'accident nous intéressant. Ils ont diagnostiqué des manifestations hystériques de conversion, s'agissant de l'ensemble des symptômes, des manifestations de surcharge volontaire principalement concernant l'allégation d'amnésie totale avant la date de l'accident, ainsi que des manifestations caractérielles se manifestant dès lors que l'assuré évoquait sa vie conjugale et affective, et qui étaient en rapport avec sa personnalité antérieure. Lors de la discussion, le Dr V._____ a rappelé notamment les éléments cliniques et médico-légaux suivants :

"... Sur le plan médical, l'accident n'est pas le fait générateur du trouble. L'évolution s'est faite par une symptomatologie fluctuante, variable, qui s'est mise en place progressivement, qui régresse, disparaît, réapparaît sous d'autres formes.

(...)

Si les troubles affectifs et caractériels sont en rapport avec la situation affective et familiale, les troubles conversifs sont l'expression d'un conflit psychique inconscient. Le lien de ces troubles conversifs avec l'accident ne peut être qu'événementiel et non pas causal."

Le Dr J._____, qui partageait totalement l'analyse clinique du V._____, estime cependant que *"le lien temporel ne fait aucun doute entre la survenue de l'accident (et son vécu psychique) et l'apparition des troubles hystériques"*. Les deux spécialistes ont néanmoins considéré que le facteur temporel déterminant est la séparation ; ils ont précisé *"qu'à compter de celle-ci, plus rien n'est en rapport direct et certain avec l'accident"*.

Le 12 avril 2007, le Dr N._____, spécialiste en médecine générale, a dû intervenir en tant que médecin de garde auprès de l'assuré en raison d'une importante crise d'angoisse, avec aggravation (momentanée) de son hémiplégie gauche, troubles de la marche et difficultés à se déplacer, palpitations et malaise général. Ce spécialiste rapportait que, selon l'entourage de l'assuré, celui-ci présentait de fréquentes crises d'angoisse suite à son accident du 15 juillet 2004, crises qu'il n'avait pas auparavant. Il s'agissait selon le Dr N._____, d'une suite de l'accident du 15 juillet 2004.

Le 4 octobre 2007, l'assuré a été examiné par le Dr H._____, psychiatre-conseil de la caisse. Ce médecin a diagnostiqué une amnésie dissociative (F44.0) et un trouble moteur dissociatif (F44.3). A son avis, les troubles dissociatifs présentés par l'assuré étaient sans aucun lien de causalité naturelle avec l'accident du 15 juillet 2004. Il estimait que cet accident n'avait provoqué aucune lésion somatique, les troubles étant apparus progressivement après cet accident, celui-ci n'en étant pas la cause. Il retenait que les troubles étaient exclusivement d'origine psychique et n'avaient aucun lien de causalité naturelle avec l'accident du 15 juillet 2004.

Dans un rapport du 29 octobre 2007, le Dr C._____, spécialiste FMH en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, du service de médecine des assurances, a relevé que l'assuré avait subi vraisemblablement un seul traumatisme léger de la région de la tête qui était protégée par un casque, qu'il était possible qu'un deuxième traumatisme céphalique - léger, lui aussi - se soit ajouté au premier. Il précisait qu'il n'y avait pas d'indices suggestifs d'une lésion organique ou structurelle affectant le système nerveux périphérique ou central et consécutifs à l'accident du 15 juillet 2004, que l'ensemble des symptômes que présentait l'assuré avait une origine psychogène, que lesdits symptômes constituaient ce qu'il était convenu d'appeler des symptômes de conversion très marqués et persistants. Il notait que, sur le plan neurologique, aucune atteinte importante et durable à l'intégrité physique consécutive à l'accident du 15 juillet 2004 n'était décelable et que d'un point de vue neurologique également, il n'y avait pas de limitations à la capacité de travail de l'assuré qui feraient suite à cet accident.

D. Par décision du 12 décembre 2007, la caisse a mis fin aux prestations d'assurance au 31 décembre 2007 au motif que les troubles dont l'assuré souffrait, y compris ceux d'allure neurologique, étaient d'origine psychique et n'étaient pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 15 juillet 2004.

Par courrier du 20 décembre 2007, l'assuré a contesté cette dernière décision. Le conseil de l'assuré a complété la motivation de ladite opposition par courrier du 14 octobre 2008. Il faisait valoir que les circonstances de l'accident avaient été particulièrement impressionnantes et que, l'accident avait été l'élément déclencheur des troubles psychiques affectant son client.

Par décision sur opposition du 5 octobre 2009, la caisse a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 12 décembre 2007.

E. Par acte du 5 novembre 2009, L._____ a recouru contre cette dernière décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Il concluait à l'admission du recours, la décision sur opposition rendue le 5 octobre 2009 étant réformée en ce sens qu'il avait droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 décembre 2007. Il requérait des mesures d'instruction C._____ et H._____ par rapport à l'appréciation des Drs W._____, U._____ et E._____.

Par réponse du 27 janvier 2010, la caisse a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision, niant le caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident du 15 juillet 2004 et les troubles dont souffrait encore le recourant après le 31 décembre 2007.

Par ses déterminations du 19 mars 2010, le recourant a confirmé sa position.

F. Le 3 juillet 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Par décision du 13 juillet 2007, une rente entière lui a été accordée dès le 1^{er} juillet 2005. Le 25 novembre 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud lui a octroyé une allocation pour impotent de degré faible.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; 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. 58 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). 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, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent eu égard au domicile du recourant, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit à des prestations de l'intimée pour la période postérieure au 31 décembre 2007. La décision attaquée met un terme aux prestations d'assurance dès le 31 décembre 2007, en niant tout rapport de causalité entre l'accident du 15 juillet 2004 et les troubles qui ont justifié la poursuite du traitement médical ainsi que de l'incapacité de travail au-delà du 31 décembre 2007. Au contraire, le recourant soutient que ces troubles sont bien en rapport de causalité avec ledit accident.

3. a) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme

expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils 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; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, selon le Tribunal fédéral, 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; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPG), 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 d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves" ; ATF 130 II 425, consid. 2.1 ; 122 II 464, consid. 4a ; 122 III 219, consid. 3c ; 120 Ib 224, consid. 2b ; 119 V 335, consid. 3c et la référence).

b) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle.

Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). 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.

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 p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181 ; 402 consid. 4.3.1 p. 406 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2ème éd., no 79 p. 865).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406).

Si l'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 de l'assuré 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; arrêt U 61/91 du 18 décembre 1991 [RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b] ; Frésard/Moser/Szeless, op. cit., no 80 p. 865).

4. Dans sa décision, la caisse nie que les troubles organiques et psychiques du recourant sont en relation de causalité naturelle avec l'accident du 15 juillet 2004.

a) Les seuls déficits fonctionnels organiques constatés dans le cadre de l'expertise du Centre d'expertise [...] sont les rétractations des articulations de la main gauche et du coude gauche. Les Drs U._____ et E._____ dudit centre ont toutefois considéré que ces atteintes constituaient une suite de troubles psychiques et n'avaient aucun point de départ organique, en raison de l'absence de lésion du bras gauche lors de l'accident. Le Dr C._____ arrive à la même conclusion. Ces conclusions ne sont pas contredites non plus par l'expertise des Drs V._____ et J._____. Le recourant ne soutient d'ailleurs pas que les atteintes organiques dont il souffre seraient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 15 juillet 2004 autrement qu'au travers des atteintes psychiques.

b) Au niveau psychique, le recourant souffre, selon l'expertise du Centre d'expertise [...] et le rapport du Dr H._____, principalement d'un trouble moteur dissociatif (F44.4). Cela correspond au diagnostic d'hystérie de conversion posé dès le séjour au Centre Z._____ au début 2005 et confirmé par l'expertise des Drs J._____ et V._____ ainsi que par le rapport du Dr C._____. Le Dr H._____ y ajoute une amnésie dissociative. L'expertise du Centre d'expertise [...] y adjoint le diagnostic de trouble neuropsychologique attentionnel et de bradypsychie. Quant au Dr N._____, il a diagnostiqué des crises d'angoisses.

Le recourant soutient que ces troubles sont en relation de causalité naturelle avec l'accident du 15 juillet 2004. Il affirme que ce lien

de causalité naturelle est attesté par les avis des Drs W._____, U._____, E._____, V._____ et N._____.

Si le Dr W._____ avait envisagé lors de l'examen initial que l'hémiplégie et les divers autres troubles neurologiques étaient consécutifs au traumatisme crânien, son diagnostic final ne reprend pas cette hypothèse. Ce médecin juxtapose la symptomatologie neurologique et le diagnostic d'hystérie de conversion, laissant entendre que la symptomatologie neurologique est la conséquence de l'hystérie de conversion. Il ne se prononce pas sur l'étiologie de cette hystérie de conversion.

Les Drs U._____ et E._____ relèvent que l'accident a été le catalyseur du trouble moteur dissociatif. Contrairement à ce que le recourant prétend, ce caractère de « catalyseur » ne suffit pas pour établir un lien de causalité naturelle au niveau requis de la vraisemblance prépondérante. En effet, ces deux spécialistes retiennent que le trouble moteur dissociatif a émergé dans le contexte de troubles conjugaux à l'occasion d'un événement accidentel. A leur avis, le trouble moteur dissociatif s'inscrit dans le contexte d'une très probable prémorbidité psychiatrique.

Le Dr V._____ a, quant à lui, clairement nié tout lien de causalité entre l'accident et l'hystérie de conversion. Il affirme en effet que les troubles conversifs sont l'expression d'un conflit psychique inconscient : le lien de ces troubles conversifs avec l'accident ne peut être qu'événementiel et non pas causal. De même, conjointement avec le Dr J._____, le Dr V._____ soutient qu'en tout cas à partir de la séparation du recourant et de son épouse (soit en septembre 2004) "plus rien n'est en rapport direct et certain avec l'accident".

Le Dr C._____ ne s'est pas prononcé sur le lien de causalité entre les troubles psychogènes et l'accident du 15 juillet 2004. En revanche, le Dr H._____ a nié tout lien de causalité naturelle entre les troubles dissociatifs que présente l'assuré et cet accident. En effet, cet

accident n'a provoqué aucune lésion somatique. Les troubles sont apparus progressivement après cet accident, mais cet accident n'en est pas la cause.

Seul le Dr N._____ a affirmé l'existence d'un lien de causalité naturelle. Il n'a toutefois pas précisé si son appréciation portait uniquement sur la crise d'angoisse ou sur l'ensemble de la symptomatologie. De toute façon, son appréciation qui repose sur une consultation unique faite en urgence sans connaissance du dossier médical, ne saurait l'emporter sur l'avis des différents experts qui se sont prononcés dans la présente cause.

c) Il découle de ce qui précède que les avis médicaux déterminants ne sont pas contradictoires et s'accordent à ne pas établir un rapport de causalité naturelle entre les troubles psychiques du recourant et l'accident du 15 juillet 2004. En tout cas, on ne peut pas déduire des avis des Drs U._____, E._____ et W._____ des indices concrets qui permettraient de mettre en doute le bien-fondé et la pleine valeur probante du rapport médical du Dr H._____. Il en va de même pour le rapport du Dr C._____. Dans la mesure où la cause est suffisamment instruite, la demande d'expertise judiciaire doit donc être rejetée. C'est dès lors à juste titre que la décision attaquée a nié un rapport de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident du 15 juillet 2004.

Au demeurant, même si l'on admettait l'existence d'un rapport de causalité naturelle, le lien de causalité adéquate des troubles psychiques, comme nous le verrons, devrait être nié.

5. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2. p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405, 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références).

a) En cas d'atteinte à la santé physique, ce lien est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. 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. 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:

- a) les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- b) 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;
- c) la durée anormalement longue du traitement médical;
- d) les douleurs physiques persistantes;
- e) les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- f) les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- g) le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (ATF 115 V 133 consid. 6 p. 139 s., 403 consid. c p. 408).

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 p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409; cf. arrêt 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2). Pour un accident de gravité moyenne qui n'est ni à la limite des accidents graves ni à celle de ceux de peu de gravité, il faut soit que trois critères soient remplis, sans que ceux-ci doivent l'être avec une intensité particulière, soit que l'un des critères soit rempli avec une intensité particulière (Tribunal fédéral, arrêt 8C_996/2010 du 14 mars 2011, consid. 7.3 ; 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5).

b) En cas d'atteintes à la santé (sans preuve de déficit organique) consécutives à un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, auxquels une atteinte psychique se surajoute, la jurisprudence distingue, pour apprécier le caractère adéquat du rapport de causalité selon l'importance de l'atteinte à la santé psychique (ATF 134 V 109).

Pour que cette jurisprudence s'applique, il faut d'une part que le traumatisme ait suscité un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vision, dépression, troubles du sommeil, instabilité des émotions, etc.) et d'autre part que les plaintes puissent de manière crédible être médicalement attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b). Point n'est besoin que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se manifestent (TF arrêt 8C_792/2009 du 1er février 2010, consid. 6.1 avec d'autres références; arrêt U 78/07 du 17 mars 2008, consid. 4.1).

c) En l'espèce, un traumatisme crânien a été diagnostiqué par le rapport de sortie du Centre hospitalier de [...]. Il est évoqué à titre de "notion" lors de l'examen d'entrée au Centre Z._____, mais il ne figure plus dans le diagnostic final du Dr W._____. Le traumatisme crânien est

également établi dans l'anamnèse de l'expertise des Drs U._____
E._____. Le Dr C._____ considère comme vraisemblable que l'assuré a
souffert d'un traumatisme cranio-cérébral léger. En revanche, les
DrV._____ et J._____ ne font plus allusion à un quelconque
traumatisme crânien dans le cadre de leur analyse "médico-légale".

Le recourant soutient qu'il ressort notamment de l'expertise du
Centre d'expertise [...] qu'il présentait, après l'accident, un état de
fatigabilité, des maux de tête, ainsi que des troubles moteurs avec des
tremblements, de sorte que les conditions de réalisation du tableau
clinique typique en cas de traumatisme cranio-cérébral seraient réunies.
Or, cette expertise mentionne uniquement un état confusionnel probable
et un déficit moteur incomplet aux membres supérieur et inférieur
gauches ainsi qu'un déficit sensitif des quatre membres d'apparition
secondaire parmi les suites directes de l'accident. Selon les déclarations
du recourant devant les Drs V._____ et J._____, il a souffert d'un
déficit moteur immédiatement après l'accident, car il ne pouvait pas
marcher et a dû être aidé pour monter et descendre du véhicule conduit
par son épouse pour l'amener consulter. Il ressort des documents
médicaux au dossier que, pendant le délai de latence de 72 heures, ni des
douleurs au rachis cervical ou au cou ni aucun des autres symptômes qui
figurent au tableau clinique usuel des traumatismes cranio-cérébraux
(troubles de la vision, la fatigabilité, l'instabilité de l'humeur, les troubles
de la concentration et de la mémoire) n'ont été relevés (cf. les rapports
médicaux des Drs B._____ et M._____). L'impotence fonctionnelle des
membres supérieur et inférieur gauches que le recourant a présentée
dans les heures qui ont suivi l'accident ne fait pas partie de ce tableau
clinique usuel des traumatismes cranio-cérébraux.

Il découle de ce qui précède que la causalité adéquate des
atteintes psychiques ne doit pas être examinée selon la jurisprudence ATF
134 V 109 (cf. supra, consid. 4b) relative aux traumatismes de type "coup
du lapin" à la colonne cervicale, aux traumatismes analogues ou aux
traumatismes cranio-cérébraux, mais selon les critères de la jurisprudence
ATF 115 V 133 (cf. supra, consid. 4a, in fine).

6. a) Cela étant, il convient dans un premier temps d'analyser la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. 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. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies. Plus le déroulement apparaît objectivement dramatique, plus il y a lieu d'admettre un accident grave ou à la limite des accidents graves, même si les lésions subies sont moins graves; à l'inverse, un accident peut être qualifié de grave ou à la limite des accidents graves si un déroulement pas particulièrement impressionnant entraîne des lésions particulièrement graves (TFA U 214/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.3).

La jurisprudence a reconnu comme accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves une collision frontale d'une moto contre une voiture, circulant tous deux à près de 50 km/h, suite à laquelle le motocycliste et sa passagère ont été projetés sur 10 mètres dans les airs par-dessus la voiture (TF 8C_746/2008 du 17 août 2009, consid 5.1.2). Il a en revanche qualifié comme accident de gravité moyenne une collision latérale entre une moto et une voiture, lors de laquelle le motocycliste et sa passagère ont heurté avec le casque le capot de la voiture (TF 8C_726/2007 du 16 mai 2008, consid. 4.3.1). De même, le cas d'un motocycliste qui a heurté de plein fouet le côté gauche d'une voiture sortant soudainement d'une colonne de voitures et qui a subi une fracture ouverte du fémur (TF U 115/05 du 14 septembre 2005, consid. 2.4.1). De même, a été qualifié d'accident de gravité moyenne un cas dans lequel le côté droit d'un véhicule de livraison qui tournait a heurté la partie avant gauche d'une moto qui s'est retrouvée avec la conductrice de la moto sous la partie frontale du véhicule de livraison et a été poussée sur environ 9,30 m dans une rue secondaire (TF U 88/01 du 24 décembre 2002, consid. 3.3.2).

b) En l'espèce, la voiture qui précédait la moto du recourant a freiné brusquement pour éviter un camion arrivant en sens inverse dans un virage en empiétant sur la voie opposée. Le recourant est tombé après avoir lui aussi freiné brusquement. Il soutient qu'il a été littéralement éjecté de sa moto pour venir glisser au sol en direction des roues du camion qui arrivait en sens inverse et s'est retrouvé à moins de 3 m des roues du camion. Selon le constat amiable d'accident, le recourant "est tombé 3 [mètres] devant le camion [et] la moto a glissé à gauche devant le camion". Le constat amiable indique comme point de choc initial l'angle avant gauche du camion et le côté gauche de la moto. Dans la mesure où le recourant avait lui-même précisé sur le verso du constat qu'il a "glissé physiquement contre le camion sur tout le côté gauche" du corps sans relever expressément un choc, on peut en déduire que c'est uniquement la moto qui a heurté le pare-chocs gauche du camion. Lors d'un entretien avec le case manager de la caisse le 9 décembre 2004, le recourant a certes déclaré qu'après avoir bloqué ses freins, il "a été déséquilibré, a passé sur le guidon, est tombé sur la tête et a glissé contre le camion". Ultérieurement, le recourant a déclaré qu'ensuite du freinage brusque il a été éjecté par-dessus la moto et est venu heurter le pare-chocs du camion (expertise V._____). Les experts du Centre d'expertise [...] ont également affirmé dans leur rapport du 28 juin 2006 que le recourant est venu "percuter avec sa tête le pare-chocs du camion". Ces déclarations du recourant concernant une collision cérébrale avec le pare-chocs du camion, qui sont largement postérieurs à l'accident et ne sont pas confirmées par ses déclarations initiales, n'apparaissent pas vraisemblables. Le recourant ne les maintient d'ailleurs plus dans son recours et sa réplique.

Il n'y a pas d'indication dans le dossier sur la vitesse effective de la moto du recourant et du camion lors de la chute. Comme l'accident a eu lieu dans un virage assez serré sur un tronçon sinueux et étroit, que le camion avait déjà eu face à lui la voiture précédant le recourant et que le recourant avait déjà freiné brusquement, on peut admettre que tant la vitesse résiduelle du recourant lors de sa chute que celle du camion en face étaient assez faibles.

Selon l'autorité intimée, l'accident doit être classé parmi les accidents de gravité moyenne. Même si l'on ne saurait dénier à l'accident un certain caractère impressionnant, l'absence de toute lésion organique exclut que l'accident soit qualifié de grave ou de moyennement grave à la limite des accidents graves. On peut en revanche laisser ouverte la question de savoir si l'accident est simplement de gravité moyenne à la limite de ceux de peu de gravité en raison de l'absence de collision physique du recourant avec le camion ou la voiture le précédant ou si l'accident est de gravité moyenne sans être à la limite de ceux de peu de gravité en raison du traumatisme cranio-cérébral et du déroulement impliquant une chute en direction du camion. En effet, dans les deux hypothèses, les conditions pour admettre la causalité adéquate ne seraient pas remplies.

7. Lors de l'examen des critères fixés par la jurisprudence pour la causalité adéquate de troubles psychiques selon la jurisprudence ATF 115 V 133, il faut faire la distinction entre les atteintes d'origine psychique et les atteintes d'origine organiques. Seules les secondes sont déterminantes.

In casu, le recourant n'a présenté aucune atteinte organique qui serait dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 15 juillet 2004.

Il est ainsi évident que parmi les critères jurisprudentiels, ni celui de la gravité des lésions physiques, ni celui relatif à une erreur de traitement médical, ni celui des difficultés de guérison pour les lésions physiques ou de complication importante ne sont remplis. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant, la durée du traitement médical n'a pas été due à des lésions organiques et n'est donc pas déterminante. De même, le degré et la durée de l'incapacité de travail du recourant n'ont pas été dus à des atteintes organiques dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 15 juillet 2004, de sorte que ce critère n'est pas non plus rempli.

Il ne reste donc que le critère des circonstances particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident. Même si par hypothèse l'on admettait, comme le fait valoir le recourant, que ce critère était rempli, il ne le serait clairement pas de manière particulièrement intense. A lui seul, il ne suffirait pas à admettre un rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 15 juillet 2004, que l'accident soit qualifié comme étant de gravité moyenne (au sens étroit) ou comme étant à la limite des accidents de peu de gravité.

8. Il découle de ce qui précède que c'est à juste titre que l'autorité intimée a nié le lien de causalité entre les troubles psychiques et organiques du recourant et l'accident du 15 juillet 2004 et a mis fin aux prestations d'assurance. Le recours doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA ; art. 45 LPA-VD), ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

**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 de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents du 5 octobre 2009 est confirmée

- III. Il n'est pas perçu de frais 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 Eric Kaltenrieder, avocat (pour L. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurances 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 :