

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 mars 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bonard et Perdrix, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA et 11 OLAA

E n f a i t :

A. a) Z._____, né en 1958, ressortissant [...], travaillait depuis avril 1999 en qualité de manoeuvre-régleur auprès de l'entreprise [...] SA à [...]. A ce titre, il était assuré par la Caisse nationale suisse contre les accidents (CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Par déclaration d'accident LAA du 19 août 1999, le prénommé a indiqué que le 7 août 1999, elle avait été victime d'un accident de la circulation en Espagne. Entendu le 7 septembre 1999, il a déclaré à un collaborateur de la CNA qu'il avait été victime d'une collision frontale à 80 km/h, que son genou gauche avait heurté le tableau de bord lorsque celui-ci s'était avancé et qu'il avait également ressenti des douleurs au dos et à la nuque. Il a bénéficié d'un traitement ambulatoire à l'Hôpital de [...] au Portugal, puis a séjourné une journée à l'hôpital de [...] en Espagne où des radiographies ont été effectuées. Les constatations médicales immédiates sont restées indisponibles. Par la suite, il a été transféré en Suisse où il a bénéficié d'une consultation en ambulatoire à l'hôpital [...] à [...], qui a préconisé un traitement conservateur sous forme de physiothérapie et de médicaments.

Dans son rapport médical du 14 septembre 1999, le Dr S._____, médecin-assistant à l'hôpital [...] de [...], a posé le diagnostic de contusions multiples, en particulier au genou gauche, cervicalgies et dorsalgies. Le cas a été pris en charge par la CNA. Le 18 novembre 1999, le Dr K._____, médecin généraliste, a relevé que l'évolution de l'assuré était bonne et que les douleurs à la colonne lombaire et au genou s'étaient fortement atténuées. Il a posé le diagnostic de syndrome fémoro-patellaire bilatéral post-traumatique, contusion du genou gauche, contusion dorsale haute et contusion cervicale basse. Le bilan radiologique n'a pas démontré de fracture. A la question de savoir s'il fallait s'attendre à un dommage permanent, le Dr K._____ a mentionné des séquelles cervicales avec névrite coracobrachiale.

L'assuré a repris son activité professionnelle le 22 novembre 1999, puis a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage dès le 4 décembre 1999. Il a retrouvé un emploi, à partir du 7 février 2000, en qualité d'étancheur-asphalteur, pour le compte [...] SA à [...].

b) Par déclaration d'accident LAA du 13 mars 2000, l'assuré a annoncé une rechute de son accident du 7 août 1999. La Dresse V._____, médecin-assistante à l'hôpital [...] à [...], a posé le diagnostic de lombalgies chroniques, précisant que le rapport de causalité entre les plaintes de l'assuré et l'accident d'août 1999 était difficile à évaluer.

Le Dr L._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à l'examen de l'assuré le 3 mai 2000 (rapport du 4 mai 2000). Il a souligné que le patient présentait de rares épisodes de vertiges, de courte durée, ajoutant que les choses rentraient dans l'ordre.

A la demande du Dr K._____, la Dresse X._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a examiné le patient les 19 et 31 mai 2000. Elle a relevé dans son rapport du 27 juin 2000 que le caractère fort démonstratif des plaintes, ainsi que le peu d'anomalies à l'examen clinique et radiologique, faisaient naturellement suggérer une surcharge psychogène et, en particulier, un trouble somatoforme douloureux.

L'assuré a séjourné à la Clinique C._____ du 17 août au 20 septembre 2000 pour une prise en charge des cervico-dorso-lombalgies et des vertiges. Dans un rapport de synthèse du 17 octobre 2000, les Drs G._____ et M._____, respectivement chef de service et médecin assistant au Service de réadaptation générale, ont posé les diagnostics de vertiges d'origine centrale, de rachialgies chroniques et d'un syndrome fémoro-patellaire gauche. En raison des vertiges, l'assuré a été examiné par le Dr W._____, médecin-chef du Service de neuroréadaptation (rapport du 24 août 2000). Ce praticien a relevé que l'anamnèse de

l'assuré pouvait être effectivement compatible avec des vertiges bénins positionnels droits liés à une cupulo-lithiase. Il a ajouté qu'il lui était cependant difficile cliniquement d'être en mesure d'objectiver clairement des signes évocateurs d'une telle pathologie en raison des éléments de surcharge existants. Dans son rapport du 12 septembre 2000, le Dr P._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a conclu que l'intéressé souffrait d'une atteinte diffuse du tronc cérébral, sans atteinte vestibulaire sûre. Sur le plan purement otoneurologique, il a déclaré qu'il n'y avait ni atteinte à l'intégrité physique dans le sens retenu en assurances sociales, ni indication à un arrêt de travail prolongé, et il n'a pas fait de proposition concrète, si ce n'est un encouragement à la marche. Les Drs G._____ et M._____ ont dès lors estimé que seuls les vertiges limitaient les aptitudes au travail de l'assuré en hauteur en raison du risque lié aux pertes d'équilibre. La capacité de travail était par conséquent de 100 % dans une activité excluant le travail sur des toits, des échafaudages ou des escabeaux, ainsi que la conduite d'une automobile.

Dans un rapport du 1^{er} février 2001 faisant suite à une demande de la CNA, le Dr A.B._____, médecin-associé au service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du CHUV, a posé le diagnostic de "vertiges post-traumatiques au décours". Il a ajouté que la nature des troubles restait indéterminée et que sur le plan vestibulaire, la capacité de travail était complète.

La CNA a finalement versé des indemnités journalières du 10 août au 10 octobre 1999, du 12 octobre au 21 novembre 1999, du 7 au 22 mars 2000 et du 17 août au 20 septembre 2000.

B. a) Par déclaration d'accident LAA du 12 avril 2001, Z._____ a indiqué qu'en date du 8 avril 2001, il avait glissé sur des marches d'escaliers et qu'il avait chuté. Cet accident s'était soldé par une entorse de l'articulation acromio-claviculaire droite qui avait été traitée conservativement. La CNA est également intervenue pour prendre en

charge cet accident.

Dans un rapport du 4 mai 2001, le Dr T._____, médecin à l'hôpital de [...] à [...], a procédé à un examen IRM du genou droit de l'assuré. Il a conclu à l'existence d'images de stress, voire de déchirure partielle du ligament croisé antérieur sans autre lésion significative décelable.

Dans son rapport du 14 septembre 2001, le Dr F._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic suivant: *"persistance de quelques douleurs mécaniques de l'épaule avec une discrète touche de piano de moins de 5 mm. Mobilité de l'épaule complète. Au niveau des genoux, crépitations antérieures à prédominance droite. Pas d'autres constatations pathologiques. Un IRM du genou droit confirme une nette chondrite de la facette postéro-interne de la rotule sans autre lésion articulaire"*.

Dans un rapport du 2 octobre 2001, le Dr N._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que l'assuré souffrait surtout des genoux et notamment du gauche, ainsi que du dos. S'agissant de l'épaule droite, il a estimé que l'assuré, six mois après une entorse de l'articulation acromio-claviculaire manifestement peu symptomatique, ne souffrait pas de retentissement fonctionnel évident. Il a ainsi conclu à un syndrome fémoro-patellaire, décrit tantôt à gauche, tantôt à droite, et dont la relation de causalité avec l'accident du 7 août 1999 devenait discutable. Au vu des éléments précités, le Dr N._____ a attesté une totale capacité de travail, ajoutant que la poursuite du traitement, qui ne s'adressait plus qu'aux genoux, n'était plus à la charge de la CNA.

b) Par décision du 3 octobre 2001, la CNA, après avoir versé des indemnités journalières du 11 avril au 2 octobre 2001, a mis un terme à ses prestations d'assurance au motif qu'il ne subsistait plus d'incapacité de travail ou de traitement nécessité par les seules suites de l'accident assuré.

Dès le 3 octobre 2001, l'assuré a présenté une incapacité de travail à 100 %.

Le 11 octobre 2001, l'intéressé, représenté par Assista TCS SA, sinistres étrangers, à Genève, puis par l'avocat Philippe Nordmann, a formé opposition à l'encontre de la décision de la CNA. A l'appui de son opposition, l'intéressé a déposé un rapport du Dr H._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, consulté unilatéralement le 7 mai 2002 (rapport du 21 juin 2002). Ce praticien a notamment exposé qu'un traumatisme crânio-cérébral avait été constaté, étant donné que l'assuré avait perdu connaissance, si bien qu'un traumatisme d'accélération cervical devait être supposé, voire admis. Sans toutefois pouvoir donner un avis définitif sur l'origine des vertiges, il a relevé qu'ils devaient être imputés à une élongation du tronc cérébral lors du traumatisme d'accélération cervical. S'agissant des deux genoux, il a précisé que l'on ne pouvait nullement douter d'une lésion traumatique. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, il a préconisé un certain nombre de démarches sur le plan médical sans exclure une réorientation professionnelle. Sur la base de ce rapport, Z._____ a conclu à l'existence de nombreux troubles en rapport avec l'accident du 7 août 1999 qui justifiaient, selon lui, une prise en charge par la CNA, après la mise en œuvre d'une expertise technique et d'examens médicaux supplémentaires.

Le 17 octobre 2002, la Caisse J._____, [...], à [...], a communiqué aux parties le fait qu'elle intervenait en tant qu'assurance-maladie sociale de l'intéressé.

La CNA a soumis le rapport du Dr H._____ à deux praticiens, les Drs Q._____, spécialiste FMH en chirurgie, division médecine des assurances de la CNA à Lucerne (rapport du 11 septembre 2002), et C._____, spécialiste FMH en ORL et chirurgie faciale, division médecine du travail de la CNA à Lucerne (rapport du 31 octobre 2002). Ces praticiens ont tous deux retenu qu'un traumatisme crânio-cérébral (TCC) ne pouvait être établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Ils ont

en outre ajouté qu'il n'existait, en l'état, pas de séquelles accidentelles concernant les vertiges, le Dr C._____ soulignant l'absence de rapport de causalité entre les plaintes actuelles de Z._____ et les deux accidents subis.

c) Dans l'intervalle, soit le 9 novembre 2001, Z._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (OAI).

d) Par décision sur opposition du 22 mai 2003, la CNA a confirmé sa décision du 3 octobre 2001, en se référant au rapport du 2 octobre 2001 du Dr N._____, lequel avait retenu qu'il ne subsistait ni incapacité de travail, ni traitement en rapport avec les accidents assurés. La CNA se ralliait également au nouvel avis du 5 février 2003 du Dr Q._____ qui contestait l'hypothèse émise par le Dr H._____, laquelle n'était nullement objectivée par les faits déterminants du dossier. S'agissant des vertiges allégués, la CNA s'est également appuyé sur les constatations du Dr A.B._____, selon lesquelles la nature de ces troubles demeurait indéterminée. En tout état de cause, la CNA a estimé que le dossier avait été correctement instruit au niveau médical, tous les examens utiles ayant été entrepris.

e) Saisi d'un recours de l'assuré formé le 9 septembre 2003 par l'intermédiaire de son conseil, le Tribunal des assurances a, par jugement du 9 juillet 2004 rejeté le recours précité, motif pris que "*les plaintes actuelles ne sont pas d'étiologie accidentelle, et que le statu quo ante ou sine est bien atteint à la date retenue par la CNA. Les vertiges et les autres troubles, notamment cervico-scapulaires et aux deux genoux dont se plaint actuellement le recourant, n'étant pas de la responsabilité de l'assurance-accident, c'est à bon droit que celle-ci a mis fin à ses prestations dès le 3 octobre 2001*". Le dispositif du jugement précité avait la teneur suivante :

"I. Le recours est rejeté.

II. La décision attaquée est maintenue".

f) Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a, par arrêt du 13 avril 2006 (U 44/05), rejeté le recours, le chiffre I du dispositif du jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 9 juillet 2004 étant réformé, en ce sens que le recours était irrecevable et que son chiffre II était annulé. Le TFA a notamment considéré ce qui suit :

"En l'espèce, la décision sur opposition du 22 mai 2003 a été notifiée au mandataire de l'assuré le 23 mai suivant. Le délai de trois mois pour recourir contre cette décision a donc expiré le 23 août 2003 (cf. ATF 131 V 321 consid. 4.6, 125 V 39 consid. 4a), soit après la période de fêtes courant du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 39 al. 1 let. b CPC). Ledit délai n'était dès lors pas soumis à suspension et le recours formé devant la juridiction cantonale le 9 septembre 2003 était tardif. Aussi, celle-ci ne pouvait-elle pas, par son jugement du 9 juillet 2004, entrer en matière sur ce recours et ledit jugement doit être réformé".

C. a) Le 25 février 2007, alors qu'il n'était pas au bénéfice de la couverture LAA, Z._____ a déclaré qu'il avait été pris d'un vertige, voyant subitement tout tourner, alors qu'il descendait l'escalier de son domicile en portant un sac à poubelle. En tombant, il s'était blessé à l'épaule droite (rapport d'audition du 27 mai 2009). Une IRM du genou gauche a mis en évidence une déchirure du ligament croisé antérieur et du ligament latéral interne. L'assuré a bénéficié d'un traitement conservateur sous forme de physiothérapie.

b) Par décision 19 janvier 2010, la CNA, agence Suva à [...], a refusé d'allouer des prestations en faveur de l'assuré. Elle a ainsi considéré (dans une lettre à l'avocat de l'assuré) "*qu'au moment de son accident du 25.2.2007, votre client n'avait plus d'employeur. D'autre part, la question de l'attraction de risque avec les suites de l'accident du 7 août 1999 ne se pose pas étant donné que les vertiges dont vous faites état ne nous concernent pas comme cela a été confirmé par jugement du 9.7.2004 du TCA Vaud*".

Dans le cadre de son opposition, l'assuré a allégué que la décision attaquée reposait à tort sur le jugement du Tribunal des assurances, dès lors que ce dernier avait été réformé et partant, que la question de fond n'avait pas été définitivement tranchée par une autorité judiciaire. Il a ajouté que dans un rapport du 28 août 2007, le Dr A.B._____ avait modifié son appréciation en indiquant que *"concernant les vertiges, il me paraît évident que cette symptomatologie est consécutive à l'accident de 1999"* et qu'il a qualifié l'affection de *"vertiges post-traumatiques d'origine centrale"*.

La CNA a dès lors sollicité l'appréciation médicale du Dr C._____, qui a indiqué, dans un rapport du 2 septembre 2009, que pour le moins, les éventuels vertiges allégués à l'origine de la chute de 2007 ne pouvaient certainement pas être mis en relation de causalité avec l'accident de 1999.

c) Par décision sur opposition du 20 janvier 2010, la CNA, secteur oppositions à Lucerne, a rejeté l'opposition formé par l'assuré, considérant qu'elle n'avait pas à prendre en charge l'accident non couvert du 25 février 2007. Estimant que la question de fond concernant la relation de causalité entre les vertiges et l'accident de 1999 n'avait pas été tranchée à satisfaction de droit, elle a procédé à l'examen des éléments contenus dans le dossier et a conclu à l'absence de lien entre les vertiges allégués et une atteinte organique. Elle a en outre écarté la présence d'une distorsion cervicale. Relevant que le Dr C._____ avait qualifié les vertiges de phobiques, la CNA a exclu l'existence d'un lien de causalité adéquate entre le trouble psychique (dans l'hypothèse où le vertige phobique devait être considéré comme la manifestation d'un trouble psychique ayant valeur diagnostique) et l'accident de 1999.

D. a) Par acte de son mandataire du 18 février 2010, Z._____ recourt contre la décision précitée et conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que la CNA est tenue de

prendre en charge les séquelles de l'accident de 1999, en particulier les séquelles de l'accident de 2007, subsidiairement à son annulation. Il est d'avis que la CNA a gravement failli à son devoir d'instruire correctement le cas. En effet, elle a basé sa décision sur une simple appréciation médicale, lacunaire et erronée, rendue par un non-spécialiste du domaine et a écarté des rapports médicaux détaillés des médecins traitants, sans motif valable. Il soutient ainsi que l'accident de 1999 a entraîné des traitements, ainsi que des séquelles qui n'ont jamais été véritablement surmontées, qu'il s'agisse des problèmes cervicaux, des vertiges ou des troubles neurologiques. Il allègue avoir expliqué de manière crédible que sa chute, qui avait entraîné une distorsion du genou en 2007, était la conséquence des vertiges éprouvés. Dans l'hypothèse où les rapports de ses médecins traitants ne pouvaient être suivis, il conclut, à tout le moins, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

b) Dans sa réponse du 25 juin 2010, la CNA relève que les vertiges allégués auraient occasionné une chute au domicile de l'assuré. Elle estime toutefois que ces faits présentent de grandes similitudes avec ceux décrits en avril 2001, lesquels avaient été examinés et jugés dans le cadre de la précédente procédure administrative. La CNA critique l'attitude de l'assuré qui tente de revenir sur la décision sur opposition du 22 mai 2003, par laquelle elle avait dénié au recourant tout droit à des prestations d'assurance dès le 3 octobre 2001, faute de séquelles traumatiques, notamment s'agissant des vertiges allégués. Si la causalité naturelle n'était déjà plus remplie en 2001, a fortiori elle l'est encore moins pour les vertiges de 2007. La CNA considère en outre que le Dr A.B._____ n'a pas modifié son avis quant à la causalité des vertiges. En effet, le rapport médical du 28 août 2007 émane d'un homonyme, soit le Dr B.B._____, orthopédiste traitant du recourant.

c) Dans sa réplique du 16 novembre 2010, le recourant soutient que la CNA ne saurait écarter l'avis du Dr B.B._____ en se référant simplement au fait qu'elle a estimé antérieurement que les vertiges n'étaient pas consécutifs à l'accident de 1999. Il ajoute que ces vertiges se sont aggravés au point de provoquer désormais des chutes assez

fréquentes. Il confirme dès lors la nécessité d'une instruction complémentaire.

d) Dans sa duplique du 25 janvier 2011, la CNA confirme ses conclusions.

e) Par courrier du 22 novembre 2011, le recourant produit un rapport médical du 18 novembre 2011 de la Dresse R._____, spécialiste en neurochirurgie, qui préconise une expertise rhumatologique en raison de la pathologie lombaire et cervicale chronique malgré la composante traumatique qui a causé la pathologie intra-médullaire sous forme d'une syrinx.

f) Par lettre du 6 décembre 2011, le recourant a soumis les questions qui pourraient être posées dans le cadre d'une expertise rhumatologique et orthopédique (en ce qui concerne le genou). Il soutient ainsi que les dernières observations médicales sont anciennes et ne tiennent pas compte des éléments nouveaux découverts récemment (atteinte médullaire sous forme d'une syrinx).

g) Dans ses déterminations du 9 décembre 2011, la CNA s'oppose à la requête d'expertise du recourant, cette dernière étant jugée superflue tant du point médical que juridique.

E. Le 16 février 2012, le juge instructeur a informé les parties que cette cause était instruite et jugée parallèlement à la cause AI 260/10 (recours de l'assuré contre une décision du 9 juin 2010 de l'Office AI). Il est donc tenu compte, dans la présente cause, du dossier de l'Office AI.

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 LAA). 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 exigences formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Il apparaît que le courrier du 20 novembre 2008 du mandataire du recourant doit être assimilée à une nouvelle demande de prestations pour le vertige annoncé comme une rechute de l'accident du 7 août 1999, l'assuré n'étant pas au bénéfice d'une couverture LAA lors de l'événement du 25 février 2007, après la fin des rapports de travail.

a) 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, si la loi n'en dispose pas autrement.

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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique 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; 119 V 337 consid. 1; TF U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2 et 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2).

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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [éd.], 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 79 p. 865).

b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_303/2007 du 11 avril 2008, consid. 4). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008, consid. 3).

3. a) In casu, la décision sur opposition du 22 mai 2003 entrée en force (compte tenu du recours tardif de l'assuré) se référait à l'appréciation médicale du 2 octobre 2001 du Dr N._____, selon laquelle il ne subsistait plus de traitement, ni d'incapacité de travail en rapport avec les accidents assurés. Au surplus, aucune pièce au dossier n'avait permis d'accréditer la thèse d'un accident type "coup du lapin" avec TCC, ainsi qu'un choc de la tête contre le pare-brise.

Quant aux vertiges allégués quatre mois après l'accident assuré de 1999, le Dr W._____ a évoqué la possibilité d'une cupulo-lithiase au vu de l'anamnèse. Toutefois, cliniquement, il lui était très difficile de pouvoir clairement objectiver des signes évocateurs d'une telle pathologie en raison des éléments de surcharge mis en évidence (rapport du 24 août 2000). Un syndrome de vertige subjectif n'a donc pas pu être objectivé lors du séjour à la Clinique C._____ malgré de nombreux examens spécialisés. Dans son rapport d'expertise du 1^{er} février 2001, le Dr A.B._____ a retenu que l'examen otoneurologique clinique et instrumental était normal, sans atteinte vestibulaire périphérique ou centrale, ni troubles posturaux significatifs (rapport du 17 janvier 2001), ajoutant que *"subjectivement, les symptômes vestibulaires ont régressé depuis quelques semaines et l'assuré est actuellement presque symptomatique"*. L'expert a dès lors considéré que la nature exacte de ces troubles restait indéterminée. Il a dès lors attesté une capacité de travail complète sur le plan vestibulaire, ajoutant que la limitation proposée par la Clinique C._____ relative aux travaux en hauteur, pouvait être levée rapidement compte tenu de l'évolution favorable.

b) Dans le cas présent, deux éléments contenus dans le dossier AI sont propres à faire naître des doutes légitimes quant à l'existence même d'un vertige en date du 25 février 2007. Ainsi, dans son rapport du 28 août 2007, le Dr B.B._____ a mentionné par rapport à l'accident du 25 février 2007 *"entorse du genou G en descendant les poubelles"*, alors que s'agissant de l'accident du 8 avril 2001, il a noté *"chute dans les*

escaliers sur vertige donc indirectement en relation avec l'accident de 1999". En outre, le conseil du recourant a indiqué, à propos de l'accident du 25 février 2007, dans un courrier du 26 mars 2008 adressé à l'OAI, que *"mon client m'avait informé de cet accident provoqué par le fait qu'un ligament du genou gauche a lâché dans l'escalier"*. Il convient dès lors d'apprécier avec une certaine circonspection les indications plus circonstanciées données après coup par l'assuré dans le cadre de ses déclarations du 27 mai 2009 à un collaborateur de la CNA - il aurait été pris d'un vertige dans l'escalier, voyant tout tourner - , ce d'autant plus qu'il s'est alors limité à évoquer une atteinte à l'épaule, alors qu'il avait également subi une entorse du genou gauche avec déchirure du ligament croisé antérieur et du ligament latéral interne, propre à provoquer une chute.

c) A cela s'ajoute le fait que l'hypothèse d'un vertige en date du 25 janvier 2007 ne repose sur aucune constatation médicale objective. Ainsi, le rapport du 28 août 2007 du Dr B.B._____ n'a pas la force probante que le recourant voudrait lui attribuer. Contrairement à l'opinion du recourant, le Dr B.B._____, s'il a signalé la présence de vertiges en précisant qu'*"il me paraît évident que cette symptomatologie est consécutive à l'accident de 1999"*, n'a émis qu'une appréciation générale sur la base des plaintes de son patient et n'a, à aucun moment, lié cette pathologie à l'événement du 25 février 2007. En outre, l'IRM cérébrale pratiquée le 26 janvier 2007 était dans les limites de la norme, de même que l'EMG (électromyogramme) effectuée le 14 mars 2008. Le diagnostic de vertige traumatique n'a toutefois pas trouvé confirmation auprès du Dr C._____ (rapport médical du 2 septembre 2009) lequel a rappelé l'appréciation médicale du Dr A.B._____, qui, dans l'intervalle, n'a jamais fait état d'une modification de son rapport d'expertise du 1^{er} février 2001, contrairement aux allégations du recourant. Compte tenu de l'expérience médicale dans des cas similaires et l'absence d'atteinte organique chez le recourant, on ne voit en l'occurrence aucun motif justifiant que l'on s'écarte des conclusions du Dr C._____. Dans ces conditions, les investigations complémentaires sur le plan rhumatologique proposées par la Dresse R._____ (rapport du 18 novembre 2011), en tant qu'elles

visent à élucider une possible atteinte intra-médullaire dans le cadre d'une pathologie lombaire et cervicale chronique, ne sont pas de nature à établir l'existence, au degré de vraisemblance prépondérante, d'un rapport de causalité avec l'accident de 1999, ni à expliquer la chute du recourant le 25 février 2007.

En tout état de cause, le point de savoir quel est le rôle joué par l'accident de 1999 dans la réapparition éventuelle de vertiges quatre mois (accident de 2001), voire plusieurs années (accident de 2007) après l'accident constitue une question délicate à laquelle il semble quasiment impossible de répondre de manière satisfaisante sous l'angle médical, ce d'autant plus que le diagnostic de traumatisme cervical de type "coup du lapin" n'a pas pu être retenu en raison de l'absence de constatations médicales immédiates lors de l'accident de 1999. Les conclusions du Dr A.B. _____ (rapport du 1^{er} février 2001) le montrent bien et on ne voit pas, contrairement au recourant, qu'une instruction complémentaire puisse lever tout doute à ce sujet. En d'autres termes, si l'on ne peut théoriquement exclure toute possibilité d'apparition régulière de vertiges qui seraient consécutifs à l'accident de 1999 assuré par la CNA, cette assurance était fondée à considérer que cela n'était pas probable.

d) Compte tenu de l'ensemble des éléments précités, on ne saurait considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, le vertige allégué par le recourant comme une rechute éventuelle d'une atteinte causée par l'événement du 7 août 1999. Dans ce contexte, une expertise sur le plan orthopédique s'avère également superflue. Les griefs du recourant sont donc en tous points mal fondés.

Si les vertiges doivent être qualifiés de phobiques, la CNA a exposé de manière convaincante au consid. 5b de la décision attaquée, que le lien de causalité adéquate nécessaire faisait défaut.

4. Au vu de ce qui précède, l'intimée était fondée à dénier au recourant le droit à des prestations d'assurance. Partant, le recours se révèle mal fondé, sans qu'il soit nécessaire de mettre en oeuvre une expertise complémentaire, les éléments contenus dans les dossiers de l'intimée et de l'assurance-invalidité étant suffisants pour statuer.

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, ne peut se voir allouer des dépens à la charge du recourant ATF 128 V 124, consid. 5b; TF 8C_563/2009 du 31 mai 2010, consid. 4).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 20 janvier 2010 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 :

- Me Nordmann (pour le recourant), à Lausanne,
- Me Elsig (pour l'intimée), à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à 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 :