

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Bonnard et Pittet
Greffière : Mme Desscan

Cause pendante entre :

N._____, à St-Suplice, recourant, représenté par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

D._____, à Bâle, intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat à Genève, avec élection de domicile.

Art. 43 al. 1 LPGA ; art. 4, 6 al. 1, 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. **a)** N. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, célibataire et sans enfant, travaillait depuis le 1^{er} septembre 2001 en qualité de directeur des ventes au service de la société F. _____, à Fribourg. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la D. _____ (ci-après : la D. _____).

Le 15 janvier 2002, l'assuré a fait une chute en se rendant sur son lieu de travail dans les circonstances suivantes : alors qu'il était en train de refermer le coffre de sa voiture, il a glissé sur la neige et est tombé en arrière, heurtant ainsi violemment avec sa tête le côté gauche du pare-chocs arrière. Il a perdu connaissance durant quelques instants (cf. déclaration d'accident LAA du 30 janvier 2002).

Dans les suites immédiates de l'accident, l'assuré s'est plaint de vertiges, de vomissements, de cervicalgies, de lombalgies, de nausées, d'engourdissement au niveau de l'index et du pouce droits, d'une vision altérée ainsi que d'une légère altération du sommeil. Il a également développé des céphalées avec aura, des troubles mnésiques ainsi que des problèmes de concentration pour lesquels il a consulté son médecin traitant, le Dr B. _____, qui l'a mis en incapacité de travail totale à compter du 15 janvier 2002. Ce praticien a en outre adressé l'assuré à son Confrère, le Dr C. _____, spécialiste FMH en neurologie.

En date du 24 janvier 2002, le Dr C. _____ a diagnostiqué une discrète instabilité du Romberg, une dysmétrie modérée aux épreuves cinétiques de coordination pour les membres supérieurs ainsi que la présence d'un syndrome cervico- et lombo-vertébral important mais sans évidence pour une atteinte radiculaire déficitaire tant aux membres supérieurs qu'inférieurs.

Dans un rapport médical intermédiaire du 12 juin 2002, le Dr U._____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a fait état d'une probable chorio-rétinite séreuse centrale, bilatérale, décompensée à droite.

Suite à une interpellation de la D._____, le Dr U._____ a précisé, le 2 septembre 2002, que la chorio-rétinite séreuse centrale de l'assuré résultait d'une maladie, et non d'un accident, bien que ce fût ce dernier qui semblait l'avoir décompensée.

Dans un rapport médical du 9 juillet 2002, le Dr M._____, spécialiste FMH en radiologie à l'E._____, a relevé ce qui suit :

" Pas de lésion intra-cérébrale démontrée. Hématomes vraisemblablement sous-galéaux des régions fronto-temporales ddc un peu plus larges à gauche qu'à droite".

Ce même praticien a conclu, en date du 14 août 2002, ce qui suit :

"CONCLUSIONS

Vraisemblable maladie de Scheuermann thoraco-lombaire (généralement composante biomécanique).

L2-L4 : discrets signes de discopathie et déchirure annulaire pouvant être symptomatiques vu leur intensité T2.

L4-L5 : hernie vraisemblable protrusion. Rétrécissement vraisemblablement significatif du sac thécal et possible conflit avec la racine L5 gauche.

L5-S1 : protrusion médiane. Pas de signe de conflit radiculaire."

Dans un rapport du 11 février 2003, la Dresse R._____, spécialiste FMH en neurologie a émis les constatations suivantes :

"Ce patient présente après un traumatisme crânio-cérébral sur une chute de sa hauteur, un cortège de symptômes compatibles avec un syndrome post-traumatique subjectif qui comprend des troubles mnésiques, des troubles de la concentration, un manque du mot, des cervicalgies et des céphalées, ainsi que des troubles sensitifs des deux mains. Il a développé également, depuis l'accident, des céphalées épisodiques précédées de troubles visuels monoculaires droits et associés à des phénomènes végétatifs, description compatible avec une migraine avec aura dont l'origine est, vraisemblablement post-traumatique puisqu'il n'y a jamais eu de céphalées de ce type auparavant. L'examen clinique met en évidence un syndrome cervical modéré et un syndrome lombovertébral relativement marqué avec des signes d'irritation radiculaire modéré bilatéral, sans déficit neurologique et corrélé à l'IRM à une hernie discale médiane L4-L5. On n'observe pas

d'atteinte des paires crâniennes ni d'éléments cliniques en faveur d'une myélopathie cervicale ou d'un déficit radiculaire aux membres supérieurs.

Concernant les examens paracliniques, il faudrait s'assurer tout de même que le patient a bénéficié de radiographies de la colonne cervicale (face, profil et trans-buccale). Je ne verrais par contre pas d'indications à d'autres examens neuroradiologiques. Il serait certainement utile qu'il puisse bénéficier d'un examen neuropsychologique détaillé (service de neuropsychologie du [...]) afin d'évaluer s'il y a réellement des conséquences organiques du traumatisme crânio-cérébral ou s'il s'agit de troubles de la concentration et de troubles mnésiques subjectifs en relation avec un état anxieux."

A la suite d'une IRM cervicale, effectuée le 7 mars 2003, le Dr M._____ a retenu, dans un rapport médical du 1^{er} avril suivant, la présence de troubles de la statique, particulièrement sur le plan sagittal, de lésions articulaires disco-vertébrales et facettaires décrites le plus vraisemblablement de type dégénératif.

b) L'assuré n'ayant plus repris son travail en raison de la persistance de ses troubles, la D._____ a mis en œuvre les expertises médicales suivantes :

- Une expertise médicale effectuée les 29 avril et 5 mai 2003 par la Prof. G._____, médecin chef de la division autonome de neuropsychologie du CHUV, et J._____._____, psychologue associée à ladite division. Le rapport d'expertise du 6 mai 2003 expose notamment ce qui suit :

"4. Diagnostic

Signes d'affaiblissement du rendement cognitif survenant à certaines épreuves attentionnelles et mnésiques antérogrades épisodiques susceptibles de fluctuation dans le cadre d'un examen se situant par ailleurs dans les limites des normes chez un assuré présentant des plaintes décrivant des modifications de la personnalité et de l'efficacité cognitive.

5. Existe-t-il un lien de causalité entre l'accident du 15.1.2002 et les plaintes actuelles ?

Sur la base des documents que vous nous avez transmis et des données amnésiques fournies par N._____, les perturbations décrites sous le point 4 sont dues de manière vraisemblablement prépondérante à l'accident du 15 janvier 2002.

6. L'accident du 15.1.2002 a-t-il décompensé un état antérieur ?

Nous ne pouvons exclure que l'accident du 15 janvier 2002, les accidents de 1985 et 1997 décrits plus haut, aient contribué à ces troubles, ayant décompensé une situation fragile. De plus, une investigation psychiatrique nous semble indiquée.

7. Un traitement médical susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assuré entre-t-il en compte ?

Sur le plan strictement neuropsychologique, nous n'avons pas de prise en charge à proposer. Cependant, une prise en charge réussie du syndrome douloureux serait probablement accompagnée par une amélioration sur le plan cognitif.

8. Capacité de travail ?

a) dans quelle mesure l'assuré est-il apte à exercer l'activité de directeur commercial d'une entreprise de matériel auxiliaire pour handicapé ?

Sur le plan neuropsychologique, nous retenons au maximum une incapacité de travail de 20% dans l'activité antérieure ; telle que nous l'a définie N._____, soit "responsable du recrutement, de la formation et du suivi des vendeurs".

b) des limitations, en raison de séquelles de l'accident, influencent-elles l'activité professionnelle de l'assuré ?

Suite à l'accident, N._____ formule des plaintes dont le bien-fondé est certainement partiellement soutenu par les résultats de notre évaluation neuropsychologique.

c) le cas échéant, quelles sont-elles ?

Voir réponse 8 a

Cette incapacité est notamment liée au ralentissement, aux troubles mnésiques et à la fatigabilité.

d) une reprise, éventuellement partielle, de l'activité professionnelle est-elle possible à court ou moyen terme ?

Probablement, si le syndrome douloureux est traité avec succès.

(...)

9. L'assuré souffre-t-il d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ?

A 17 mois de l'accident du 15 janvier 2002, nous ne considérons pas que l'état médical soit stabilisé. Un délai d'au moins six mois nous paraît souhaitable avant qu'un pourcentage d'atteinte à l'intégrité soit retenu."

- Une expertise médicale effectuée les 20 mai et 24 juin 2003 par le Dr V._____, spécialiste FMH en ophtalmologie, de l' [...], qui retient, dans son rapport du 1^{er} juillet 2003, les éléments suivants :

"4. Diagnostics :

maculopathie cicatricielle bilatérale, plus marquée à l'œil droit qu'à l'œil gauche, secondaire à une chorio-rétinopathie séreuse centrale (épithéliopathie rétinienne diffuse).

migraines ophtalmiques classiques.

□ troubles neuropsychologiques (mémoire, concentration, langage).

□ nualgies et dorsalgies.

Seuls les deux premiers points (choriorétinopathie séreuse centrale, migraines ophtalmiques) seront discutés et pris en compte pour la suite des questions qui me sont destinées.

5. a) Existe-t-il un lien de causalité entre l'accident du 15.01.2002 et les plaintes actuelles ?

Anamnestiquement, il existe une relation très claire entre l'accident du 15 janvier 2002 et la survenue de troubles visuels (...). A mon avis, le lien de causalité est certain. La difficulté dans ce cas provient du fait qu'il n'y a pas eu, au sens strict du terme, de traumatisme direct sur le globe oculaire, le nerf optique, le chiasma ou les voies visuelles rétrochiasmiques.

(...)

Anamnestiquement, ce patient ne souffrait d'aucune céphalées avant son accident du 15.01.2002 et la survenue des céphalées pulsatiles accompagnées de troubles visuels, évoquant très fortement des migraines ophtalmiques classiques

(...)

6. L'accident du 15.01.2002 a-t-il décompensé un état antérieur?

a) Si oui, nature de l'état antérieur?

L'accident du 15 janvier 2002 a vraisemblablement décompensé (réactivé) un état antérieur puisque l'examen ophtalmologique effectué le 22 janvier 2002, à l' [...], mettait en évidence une maculopathie bilatérale, cicatricielle et inactive à gauche, cicatricielle et partiellement active (zone parafovéale inférieure), à droite. Le développement d'un "état cicatriciel" nécessite quelques semaines d'évolution.

Par contre, en ce qui concerne les céphalées pulsatiles (migraines ophtalmiques classiques), l'accident du 15.01.2002 n'a vraisemblablement pas décompensé d'état antérieur étant donné que M. N. _____ ne présentait, anamnestiquement, aucune céphalée avant cet accident.

b) Le cas échéant, le statu quo ante/sine est-il rétabli ?

Le statu quo ante est partiellement rétabli dans le sens où le décollement choriorétinien a disparu, mais qu'il persiste toujours, subjectivement, quelques métamorphopsies à l'oeil droit (anamnestiquement, ces métamorphopsies n'étaient pas présentes avant l'accident du 15.01.2002).

(...)

8. Capacité de travail

a) Dans quelle mesure l'assuré est-il apte à exercer l'activité de directeur commercial d'une entreprise de matériel auxiliaire pour handicapés?

Sur le plan strictement ophtalmologique, M. N. _____ devrait être apte à exercer l'activité susnommée. Les troubles visuels de l'oeil droit (métamorphopsies très modérées, ainsi que très légère diminution de l'acuité visuelle de l'oeil droit), ne sont pas suffisants pour entraver de manière significative un tel emploi à plein temps.

En ce qui concerne les crises de migraines ophtalmiques, le problème est différent vu que, actuellement, les céphalées pulsatiles intenses que ressent ce patient le handicapent pour une durée qui

peut aller de ½ journée jusqu'à 3 jours parfois. Actuellement ce patient n'a pas de traitement de fond pour ce problème (bêtabloqueurs, amitriptyline par exemple) et un tel traitement devrait être discuté avec son neurologue traitant.

b) Des limitations en raison de séquelles de l'accident, influencent-elles l'activité professionnelle de l'assuré?

La maculopathie cicatricielle de ce patient ne devrait pas influencer de manière significative l'activité professionnelle de cet assuré. Actuellement, les migraines ophtalmiques de ce patient sont au premier plan de son handicap et sont un facteur limitant dans son travail étant donné qu'il n'ose pas conduire pendant la phase d'aura visuel et que la conduite est rendue difficile par l'importance des céphalées qui suivent l'aura visuel. De plus, les céphalées n'étant actuellement pas jugulables par les traitements jusqu'alors tentés, il présente parfois des phases de prostration pouvant aller de 6 heures à 72 heures, limitant évidemment son activité professionnelle.

c) Le cas échéant, quelles sont-elles?

Sur le plan strictement visuel il n'y donc pas de limitation de son activité professionnelle. Ce sont les céphalées migraineuses qui handicapent surtout ce patient, sur le plan neuro-ophtalmologique.

d) Une reprise, éventuellement partielle de l'activité professionnelle est-elle possible à court ou moyen terme?

A nouveau, sur le plan strictement ophtalmologique, il n'y aurait pas de contre-indication médicale à ce que l'activité professionnelle de M. N. _____ reprenne, d'abord à temps partiel.

e) -

9. a) L'assuré souffre-t-il d'une atteinte importante et durable de son intégrité physique?

Oui, la maculopathie est cicatricielle est bilatérale, plus prononcée à l'oeil droit qu'à l'oeil gauche. Il n'y a aucun traitement à proposer à ce patient pour améliorer la situation rétinienne. Cette maculopathie cicatricielle est responsable d'une très légère diminution de l'acuité visuelle à l'oeil droit ainsi que de métamorphopsies modérées de l'oeil droit.

b) A quel pourcentage correspond cette atteinte selon l'annexe 3 OLAA et les tabelles de la SUVA?

La baisse d'acuité visuelle ainsi que l'atteinte campimétrique ne sont pas suffisamment prononcées pour qu'un pourcentage d'invalidité puisse être calculé selon l'annexe 3 OLAA et les tabelles de la SUVA.

- une expertise pluridisciplinaire effectuée le 13 janvier 2004 par les Drs P. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, H. _____, spécialiste FMH en psychiatrie, et psychothérapie et Q. _____, spécialiste FMH en neurologie, du L. _____. Le rapport d'expertise du 26 mars 2004 fait état des éléments suivants :

"[Sur le plan neurologique], sur la base des éléments à notre disposition, il est probable que Monsieur N. _____ a présenté lors de l'accident du 15.1.2002 un TCC mineur suivi d'un syndrome post-commotionnel expliquant les maux de tête, les troubles de la mémoire et de la concentration, la fatigue et la fatigabilité et les sensations vertigineuses. Il est probable également qu'il a présenté une distorsion cervicale et une contusion cervico-dorso-lombaire banale.

Deux ans après l'événement accidentel, si l'on peut admettre en tant que conséquence de l'événement accidentel la persistance de maux de tête à caractère migraineux en tant que céphalées post-traumatiques, de quelques rachialgies, de quelques sensations vertigineuses ainsi que de troubles de la mémoire et de la concentration, l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail ne peuvent être mises en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 15.1.2002 au demeurant d'importance modeste. Il est également frappant que l'ensemble des mesures thérapeutiques tentées jusqu'ici n'ait eu aucun effet sur les plaintes.

D'un point de vue strictement neurologique, bien que le patient signale la persistance de maux de tête survenant à une fréquence de plusieurs épisodes par semaine, des sensations vertigineuses, des troubles visuels, des troubles de la mémoire et de la concentration, une fatigue et une fatiguabilité et des sensations vertigineuses, nous estimons, pour les éléments susmentionnés, qu'il n'est pas possible de retenir d'incapacité de travail significative en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel. Il existe vraisemblablement des facteurs de surcharge psychogène malgré l'absence de pathologie psychiatrique significative.

(...)

Sur le plan ostéo-articulaire, nous avons examiné les images de l'IRM lombaire. Il ne peut être établi une relation de causalité que tout au plus possible entre ces images et l'accident. Des lésions de ce type peuvent rester durant des années asymptomatiques (prévalence de 19.5% de lésions radiologiques dans une population asymptomatique pour une classe d'âge de moins de 40 ans et 50% pour 40 ans et plus).

(...)

En l'espèce, il y a lieu de retenir que l'accident du 15.1.2002, soit une chute de sa hauteur, n'a pas revêtu l'importance particulière requise. Il n'y [a] pas eu de syndrome radiculaire déficitaire constaté dans les premiers jours après l'accident. Un syndrome vertébral cervical et lombaire a été lui décrit depuis l'accident.

Selon l'expérience médicale habituelle, un syndrome vertébral révélé par un accident mais non provoqué par celui-ci, retrouve le statu quo ante après une période de 6 mois, voire un an au maximum. Nous estimons donc que le statu quo ante en ce qui concerne le syndrome vertébral a été atteint en janvier 2003.

Sur le plan ophtalmologique il est possible de s'en tenir au rapport d'expertise du Docteur V. _____ daté du 1^{er} juillet 2003. Celui-ci a posé un diagnostic de maculopathie cicatricielle bilatérale, plus marquée à l'oeil droit qu'à gauche, secondaire à une chorioretinopathie séreuse centrale (épithéliopathie rétinienne diffuse). Notre confrère estime que sur le plan ophtalmologique,

Monsieur N._____ devrait être apte à exercer son activité antérieure. Les troubles visuels de l'oeil droit (métamorphopsies très modérées, ainsi que très légère diminution de l'acuité visuelle de l'oeil droit) ne sont pas suffisants pour entraver de manière significative un tel emploi à plein temps. Par ailleurs il ne retient pas d'atteinte à l'intégrité, la baisse de l'acuité visuelle et de l'atteinte campimétrique n'étant pas suffisamment prononcée selon les tables de la SUVA.

Sur la plan psychologique on ne peut pas mettre en évidence, lors de cet examen unique, de pathologie psychiatrique particulière, par contre le patient frappe par un côté lisse sur le plan émotionnel, alors qu'il décrit une symptomatologie majeure avec un handicap important, le tout sans la moindre émotion apparente. Il n'y a aucun signe notamment d'état de stress post traumatique, la capacité de travail sur le plan psychique est entière.

(...)

4. Diagnostic?

- Probable syndrome post-commotionnel et après distorsion cervicale simple (degré I à II selon la Québec Task Force).
- Migraines post-traumatiques.
- Hernie discale et compression foraminale L4-L5

5. Causalité naturelle (merci de motiver vos réponses)

5.1 Lesquelles de vos constatations sont pour le moins partiellement en relation de causalité probable avec l'accident du 15.01.2002 ?

Pour les éléments développés plus haut, il apparaît que Monsieur N._____ a présenté lors de l'accident du 15.1.2002 un TCC mineur avec commotion cérébrale suivi d'un syndrome post-commotionnel et une probable distorsion cervicale de degré I à II selon la Québec Task Force. Il a vraisemblablement également présenté une contusion rachidienne banale.

Sur la base des éléments susmentionnés, on peut donc admettre que l'apparition des troubles est en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 15.1.2002. Si l'on peut admettre la persistance encore actuellement de céphalées post-traumatiques ainsi que d'un syndrome post-commotionnel après distorsion cervicale mineure, il apparaît difficilement possible d'accepter une relation de causalité naturelle entre l'importance actuelle des troubles ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail d'une part et le caractère objectivement modeste de l'événement accidentel du 15.1.2002.

Les lésions observées sur l'IRM lombaire du 15.8.2003 suggèrent qu'une hernie discale L4-L5 a pu être révélée mais non provoquée par le traumatisme qui n'a pas une intensité suffisante pour être à l'origine de cette pathologie. Le statu quo ante/sine a été atteint en janvier 2003.

5.2. Pour autant qu'il subsiste des séquelles en relation de causalité probable avec l'accident du 15.01.02, l'état de santé est-il également influencé par des maladies, des états malades antérieurs, d'autres facteurs étrangers non-accidentels ou des suites d'accidents précédents ? Cas échéant, lesquels sont-ils et degré (%) de l'influence ?

En ce qui concerne le syndrome post-commotionnel et après distorsion cervicale, il n'y a pas de facteurs étrangers à l'événement accidentel jouant un rôle significatif dans l'évolution du cas si ce n'est d'éventuels facteurs psychiques qui n'ont pas été mis en évidence lors du présent bilan. Les discopathies C4-C5 et C5-C6 mises en évidence aux radiographies standards de la colonne cervicale pratiquées le 7.3.2003 ne jouent vraisemblablement pas de rôle dans l'évolution du cas.

Pour ce qui est de la hernie, les séquelles décrites actuellement par l'assuré sont à mettre sur le compte d'un facteur étranger non accidentel qui est la dégénérescence discale.

5.3. L'accident du 15.01.02 a-t-il décompensé un état antérieur au sens du point 5.2. ? Statu quo ante ou sine rétabli?

Sur le plan strictement neurologique, il n'y avait pas d'état antérieur significatif.

Sur le plan orthopédique, il y a probablement un état antérieur sous forme de dégénérescence discale L4-L5. On peut considérer que la chute sur les fesses, de sa hauteur, a pu révéler la pathologie, et créer une aggravation transitoire de celle-ci. Le statu quo sine est considéré comme rétabli après six mois, soit au début 2003.

6. Capacité de travail

Comment appréciez-vous la capacité de travail en relation avec les séquelles de l'accident du 15.01.2002 ?

6.1. Dans quelle mesure (heures par jour) et avec quel rendement l'assuré(e) est-il(elle) apte à exercer son activité de directeur des ventes?

La capacité de travail dans l'activité professionnelle exercée préalablement est complète. Il n'y a pas de baisse de rendement, pas de limitations
(...)

8. Atteinte à l'intégrité

L'assuré(e) souffre-t-il(elle) d'une atteinte importante (altération évidente ou grave) et durable (prévisible qu'elle subsistera avec : au moins la même gravité, pendant toute la vie) de son intégrité physique ou mentale ? Cas échéant, quel pourcentage correspond à cette atteinte selon le barème LAA des atteintes à l'intégrité (annexe 3 de L'OLAA)? Merci de motiver votre réponse. Une éventuelle part en raison de facteurs étrangers à l'accident ou résultant d'un accident antérieur doit être évaluée (%) séparément.

Sur le plan strictement neurologique, on peut admettre en tant que conséquence de l'événement accidentel du 15.1.2002 la persistance de céphalées migraineuses post-traumatiques, d'un syndrome post commotionnel discret et d'un syndrome après distorsion cervicale léger pouvant entraîner une perte à l'intégrité de 5 %.

Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité sur les plans orthopédique, ophtalmologique et psychique."

- Une expertise effectuée le 9 novembre 2004 par Dr W. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, au terme de laquelle ce praticien a posé les diagnostics suivants (cf. rapport d'expertise du 9 novembre 2004) :

"F 32.8 Episode dépressif

Actuellement en rémission partielle

HDRS : 10/12

Echelle des troubles de l'humeur Hirschfeld/Weber-Rouget,

Aubry : 0 point sur 13

IMC : 22, fourchette normale

DD : Pas de troubles de la personnalité ni de troubles anxieux selon les critères de la CIM-10

Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)

Si je note une plainte essentiellement algique, elle ne s'accompagne pas de sentiment de détresse et elle ne survient pas dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants que pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble.

Diagnostic exclu."

Le Dr W. _____ a retenu en substance que, du point de vue purement psychiatrique, l'assuré ne présentait pas de symptômes réhibitoires limitant sa capacité de travail, laquelle devait être reconnue entière. Il a en outre relevé que l'assuré avait présenté un effondrement thymique à la lecture du rapport d'expertise du L. _____, en avril 2004, avec notamment une anormie, une anhédonie, une irritabilité et des crises d'angoisse caractérisées.

c) Se fondant principalement sur l'expertise du 26 mars 2004 du L. _____, la D. _____ a mis fin, avec effet au 31 mars 2004, au versement de ses prestations par décision du 4 février 2005, motif pris de l'absence d'un lien de causalité entre les troubles présentés par l'assuré et la chute survenue le 15 janvier 2002. Elle a néanmoins accordé à l'assuré le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevant à 5%.

Par acte du 21 février 2005, N. _____ a formé opposition contre ladite décision par l'intermédiaire de l'avocat Joël Crettaz, contestant le refus de toute prestation d'assurance à compter du 31 mars 2004 ainsi que le taux retenu de 5% au titre de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

En date du 19 mai 2005, la D. _____ a rendu une décision sur opposition rejetant l'opposition de l'assuré et réformant la décision du 4 février 2005 en ce sens que l'intéressé n'avait pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le 16 août 2005, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 19 mai 2005 auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud ; il concluait, avec dépens, à son annulation, soit à sa réforme, en ce sens qu'il avait droit à une rente d'invalidité dont le taux et le dies a quo devaient être précisés en cours d'instance, et au paiement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont le taux devait également être fixé en cours d'instance. Il reprochait à la D. _____ de s'être fondée exclusivement sur l'expertise du L. _____ et d'avoir passé sous silence les avis du Dr V. _____ et du Prof. G. _____ ; il contestait le point de vue des experts du L. _____ selon lequel il n'y avait pas de rapport de causalité entre l'accident du 15 janvier 2002 et les migraines ophtalmiques encore présentes ; s'appuyant sur l'expertise du Dr V. _____, il faisait valoir que le rapport de causalité tant naturelle qu'adéquate entre ses migraines à caractère invalidant et l'accident susmentionné était réalisé. Enfin, il requérait la mise en œuvre d'un double complément d'expertise, à savoir sur le plan ophtalmique et sur le plan neuropsychologique.

Dans sa réponse du 16 septembre 2005, la D. _____ a conclu au rejet du recours. En substance, elle considérait, d'une part, que l'expertise pluridisciplinaire était complète et qu'elle revêtait pleine valeur probante et, d'autre part, que le lien de causalité adéquate nécessaire entre l'événement assuré et les atteintes à la santé encore présentes n'était pas réalisé en l'espèce. Elle niait en outre tout droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, compte tenu de l'absence d'un lien de causalité entre l'événement assuré et les troubles encore ressentis par le recourant.

Un second échange d'écritures n'a pas apporté d'éléments nouveaux.

Par jugement du 9 février 2006, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours formé par l'assuré et confirmé la décision sur opposition du 19 mai 2005 de la D._____. Le Tribunal a considéré en substance que l'expertise du [...] était objective et complète, qu'elle prenait en considération les éléments du dossier, notamment sur les plans ophtalmique et neurologique, et que le volet psychiatrique était conforté par les constatations faites ultérieurement. Partant, le Tribunal des assurances a considéré que l'expertise du L._____ répondait aux exigences posées par la jurisprudence et revêtait dès lors la force probante requise. S'agissant de l'expertise du Dr V._____, le Tribunal a relevé que les migraines ophtalmiques litigieuses pouvaient selon l'expert être jugulée par une thérapie de sorte qu'elles n'entraînaient pas d'invalidité à bref ou moyen terme. Le Tribunal a par ailleurs considéré que l'accident litigieux n'avait pas causé d'atteinte importante et durable à l'intégrité de l'assuré de sorte que le droit à l'IPAI n'était pas ouvert.

d) Par acte du 14 août 2006, l'assuré a interjeté un recours de droit administratif au Tribunal fédéral contre ce jugement, qu'il a critiqué essentiellement sur un point, à savoir la manière dont la juridiction cantonale avait apprécié les conséquences de ses migraines ophtalmiques ; il s'est référé aux conclusions du Dr V._____ qui, en sa qualité d'expert mandaté par l'intimée, avait clairement admis un lien de causalité entre ces troubles et l'accident du 15 janvier 2002.

Dans sa réponse du 31 août 2006, la D._____ concluait principalement au rejet du recours, à la confirmation du jugement rendu par le Tribunal des assurances ainsi qu'à ce que le recourant soit débouté de toutes autres ou contraires conclusions ; subsidiairement à ce que le Tribunal fédéral l'achemine à prouver par toutes voies de droit utiles la réalité des faits allégués dans la présente réponse. Elle soutenait que c'était à juste titre que le Tribunal des assurances avait retenu une pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire du L._____ qui renvoyait à l'expertise du Dr V._____ ainsi qu'à l'expertise du Dr W._____. Quant au traitement médical des migraines ophtalmiques, l'intimée remarquait

que l'assuré était plutôt orienté vers les traitements homéopathiques et qu'il était toujours réticent à la prise de médicaments allopathiques et qu'il n'avait jamais suivi les traitements proposés. Il niait en outre le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles de l'assuré et l'accident survenu le 15 janvier 2002 ainsi que toute indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par arrêt du 21 septembre 2007 (TF U 371/06), le Tribunal fédéral a admis le recours en ce sens qu'il a annulé le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 9 février 2006 ainsi que la décision sur opposition de la D. _____ du 19 mai 2005, la cause étant renvoyée à l'assureur-accidents pour complément d'instruction et nouvelle décision conformément aux considérants. Le Tribunal fédéral a considéré que les médecins du L. _____ n'avaient pas exposé les raisons qui les avaient conduits à se distancer des conclusions du Dr V. _____ tant sur la question de la causalité naturelle entre les migraines ophtalmiques dont souffrait l'assuré et l'accident, que sur le caractère invalidant de ces migraines et que dès lors, les conclusions des médecins du L. _____ ne pouvaient être suivies sans autre motivation ; il a considéré qu'à défaut d'éléments permettant de mettre en doute la fiabilité du Dr V. _____, il y avait lieu de se tenir aux conclusions de cet expert. Concernant les répercussions des troubles ophtalmiques sur la capacité de travail du recourant, le Tribunal fédéral a reproché aux premiers juges d'avoir retenu, en se fondant sur l'appréciation du Dr V. _____ selon laquelle « il est rare qu'une personne souffrant de migraines ne voie pas sa situation améliorée grâce aux traitements disponibles sur le marché », que le recourant avait recouvré sa capacité de travail antérieure au motif que « les migraines ophtalmiques, aussi gênantes qu'elles soient, devraient pouvoir être jugulées par une quelconque thérapie », sans instruction complémentaire, alors même que le Dr V. _____ avait souligné que les traitements prodigués jusqu'alors n'avaient pas eu le résultat escompté et qu'un éventuel pronostic favorable « ne pourra(it) donc être donné qu'après une durée de traitement adéquate, en accord avec le neurologue traitant de M. N. _____ ».

B. **a)** Après que la cause lui eut été renvoyée, la D._____ a voulu confier un complément d'expertise aux experts du L._____, ce à quoi l'assuré s'est opposé en proposant que ce complément d'expertise fût confié au Dr V._____. Finalement, l'assuré a accepté la proposition de la D._____ de mettre en œuvre un nouvel expert en la personne du Dr T._____, spécialiste FMH en neurologie. Celui-ci n'ayant toutefois pas pu être mandaté, c'est le Dr ._____, spécialiste FMH en neurologie, qui a effectué l'expertise.

D._____ a transmis au Dr D._____ les documents d'instruction de l'assuré. Le 7 janvier 2010, le Dr ???_._____ a eu un entretien avec l'assuré et lui a fait effectuer un test neurologique. Dans son rapport d'expertise du 12 janvier 2010, le Dr???._____ a détaillé les investigations et traitements suivis par l'assuré ainsi que les avis des différents spécialistes consultés. Il a également pris en considération les plaintes de l'assuré. Il a retenu notamment ce qui suit :

"Dans le diagnostic différentiel, nous pouvons retenir trois hypothèses :

a) Migraines avec aura typiques (code IHS 1.2.1, code ICD-10 G43.10)

b) Céphalées post-traumatiques chroniques secondaires à un traumatisme crânien mineur (code IHS 5.2.2 ; code ICD-10 G44.30), éventuellement céphalées chroniques après distorsion cervicale (code IHS 5.4 ; ICD-10 G44.841)

c) Céphalées de tension chroniques (code IHS 2.3.2 ; code ICD-10 G44.23), diagnostic qui parfois ne peut être bien individualisé des céphalées attribuées à une somatisation (IHS 12.1 ; ICD-10 R 51)

a) Si l'on considère que l'assuré présente une maladie migraineuse, on doit retenir le diagnostic de migraine avec aura typique (code IHS 1.2.1).

(...)

A priori, l'assuré présente tous les critères d'une migraine avec aura typique. Toutefois, l'expérience nous permet de dire qu'il existe de nombreuses atypies.

o Tout d'abord le caractère chronique et extrêmement fréquent des accès, et ceci depuis maintenant 8 ans est tout à fait inhabituel.

o Dans la grande majorité des migraines chroniques, à savoir celles qui surviennent plus de 15 jours par mois (code IHS 1.5.1), il s'agit de migraines sans aura.

o On est également étonné par l'absence de toute modulation avec le temps, et surtout par l'absence complète d'effet de tous les traitements tentés jusqu'à ce jour, y compris les triptans, et ceci sur une période prolongée de 8 années.

o Les troubles visuels décrits par l'assuré sont systématiquement monoculaires droits, alors que l'aura migraineuse typique est un phénomène visuel binoculaire intéressant un hémichamp visuel (troubles fonctionnels de type rétrochiasmatique).

Enfin, l'expérience nous permet d'observer que la très grande majorité des patients qui souffrent de migraines chroniques et invalidantes, ont une thymie abaissée et se présentent comme des personnes lasses et épuisées par leur symptomatologie, ce qui n'est manifestement pas l'impression que nous donne l'assuré.

Il convient également de souligner que la migraine est une maladie. Sur la base des connaissances actuelles on est en mesure d'affirmer qu'il s'agit d'une maladie génétiquement déterminée (Genetics of Migraine in The Headache ed. By Olesen, pg 241. Lippincott, Williams, Wilkins 2000).

La notion de migraines post-traumatiques n'est pas reconnue par l'IHS.

En conséquence, dans cette hypothèse, un lien de causalité naturelle avec l'événement assuré doit être considéré comme peu probable.

b) Si l'on considère que l'assuré présente des céphalées post-traumatiques, ou un syndrome post-commotionnel, nous estimons que le tableau, en particulier épisodique, sévère, associé à des troubles visuels, est peu typique. Par ailleurs, après un traumatisme crânien mineur, l'évolution d'un tel syndrome est en général favorable en l'espace de 6-12 semaines (Les traumatismes cérébraux mineurs in L'Expertise Médicale ed. par P. H. _____. Ed Médecine et Hygiène 2002). La persistance de céphalées chroniques à plus long terme est possible, mais l'intensité décrite par l'assuré, ainsi que les répercussions peuvent être considérées comme tout à fait atypiques. C'est la raison pour laquelle nous partageons l'avis des experts du L. _____, qui considèrent : «... on peut admettre en tant que conséquence de l'événement accidentel la persistance de maux de tête ...», mais «... l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail ne peuvent être mises en relation de causalité naturelle avec l'événement accident du 15.01.2002 au demeurant d'importance modeste.»

Les mêmes considérations peuvent être faites pour le syndrome après distorsion cervicale.

c) Dernière hypothèse, si l'on admet que l'assuré présente des céphalées de tension, ou plus probablement, compte tenu du caractère atypique, des céphalées psychogènes, nous ne pouvons admettre un lien de causalité naturelle avec l'événement assuré, en l'absence de pathologie psychiatrique sous-jacente, en particulier de type syndrome post-traumatique.

En conclusion, et selon la règle de degré de vraisemblance prépondérante, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et la symptomatologie est au maximum possible.

Sur le plan de la capacité de travail, des céphalées chroniques ne devraient pas entraîner de manière significative une limitation fonctionnelle dans un travail de type directeur commercial, étant spécifié qu'il n'y a pas de pathologie psychiatrique sous-jacente.

(...)

7. Un traitement médical susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assuré entre-t-il en compte ?

Si oui, quel est ce traitement ?

Saroten Retard, Efexor, Cymbalta, relaxation, éventuellement prise en charge psychothérapeutique. Combinaison de divers traitements possibles, si possible dans le cadre d'une prise en charge par une neurologue connaissant bien les céphalées.

Quel est votre pronostic ?

Très réservé compte tenu de l'intensité des plaintes, de la longue évolution. Par ailleurs, l'assuré semble avoir des difficultés à adhérer au traitement habituellement prescrit dans les céphalées chroniques, et préférerait les médecines complémentaires."

b) Sur la base de ce rapport d'expertise, la D. _____ a rendu le 22 juin 2010 une nouvelle décision mettant fin aux prestations d'assurance dès le 1^{er} avril 2004, au motif que le lien de causalité entre l'accident et les symptômes actuels dont se plaignait le recourant n'était pas réalisé, refus qu'elle a confirmé par décision sur opposition du 9 août 2010.

C. **a)** Par acte du 9 septembre 2010, l'assuré, représenté par l'avocat Joël Crettaz, a recouru contre cette décision sur opposition, en concluant avec suite de frais et dépens à sa réforme dans le sens de l'octroi, dès le 1^{er} avril 2004, d'une rente d'invalidité LAA calculée sur un taux d'invalidité à préciser en cours d'instance. Il fait valoir en substance que l'intimée ne s'est pas conformée aux instructions du Tribunal fédéral en confiant une expertise au Dr???. _____ et sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire à confier au Dr V. _____. En effet, selon le recourant, le Tribunal fédéral a enjoint à l'intimée de compléter son dossier afin de déterminer, d'une part, quels avaient été les traitements suivis par le recourant et, d'autre part, si et dans quelle mesure ceux-ci lui permettraient de retrouver une capacité de travail notamment au moment de la suppression des prestations par l'intimée ; la logique et le bon sens imposaient donc, selon le recourant, de soumettre ces questions à l'expert dont l'avis aurait été validé et confirmé par le Tribunal fédéral, soit par le Dr V. _____. Il reproche en outre à l'intimée de s'être fondée uniquement sur l'expertise du Dr???. _____, lequel n'aurait pas été en mesure d'arrêter un diagnostic certain, et non sur celle du Dr V. _____, laquelle

devrait prévaloir étant donné que ce praticien est plus spécialisé en tant que neuro-ophtalmologue alors que le Dr???._____ n'est que neurologue.

b) Dans sa réponse du 14 octobre 2010, l'intimée conclut, avec suite de frais et dépens, préalablement au rejet de la réquisition du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire à confier au Dr V._____, et, sur le fond, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. L'intimée a notamment développé les points suivants :

- Concernant les mesures d'instructions menées postérieurement à l'arrêt du Tribunal fédéral prononcé le 21 septembre 2007, l'intimée estime que la haute Cour lui a renvoyé la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision conformément aux considérants, à savoir qu'à défaut d'éléments permettant de mettre en doute la fiabilité des conclusions du Dr V._____, il y a lieu de s'y tenir, et de déterminer si un traitement a été ou non entrepris et, le cas échéant les raisons pour lesquelles la situation serait restée inchangée depuis lors ; le Tribunal fédéral n'a ainsi pas enjoint à l'intimée de confier un complément d'expertise au Dr V._____ spécifiquement, lequel en tant qu'ophtalmologue n'aurait pas été le plus à même à apprécier la problématique des troubles visuels, céphalées, nausées et vomissements relevant exclusivement du domaine neurologique et non ophtalmologique. L'intimée rappelle que l'assuré a expressément donné son accord s'agissant de la mise en œuvre en qualité d'expert du Dr???._____ et qu'il lui a également soumis son propre questionnaire. Elle considère enfin que l'expertise du Dr???._____ répond expressément à l'intégralité des questions laissées ouvertes par l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral s'agissant notamment du lien de causalité naturelle entre les "migraines" et l'accident survenu le 15 janvier 2002 ; la capacité de travail et le type de traitement requis.

- Concernant la problématique de la valeur probante de l'expertise du Dr???._____, l'intimée considère que celle-ci n'a pas à être remise en question. Elle remarque que le recourant ne formule aucun grief

à l'encontre de la teneur de l'expertise du Dr???._____, mais soutient uniquement que ses conclusions ne sauraient prévaloir sur celles de l'ophtalmologue V._____. L'intimé retient que l'expertise du Dr S._____ est complète compte tenu des droits contestés, fondée sur des examens approfondis, une consultation et un examen neurologique du recourant. L'intimée considère que cette expertise tient compte des affections et des plaintes exprimées, qu'elle est établie en parfaite connaissance de l'anamnèse du patient, qu'elle est fondée sur un contexte médical cohérent, sur une situation médicale claire et que ses conclusions sont parfaitement motivées. Elle estime que l'expert répond par ailleurs clairement aux questions posées par les parties qui entrent dans le cadre de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral. Pour toutes ces raisons, l'intimée considère qu'il y a lieu de retenir une pleine valeur probante à cette expertise, ce d'autant plus que le recourant n'amène aucun élément probant à même de mettre en doute les conclusions du Dr???._____ et que l'expertise du Dr V._____, datée du 1^{er} juillet 2003, est antérieure aux droits litigieux puisque le litige porte sur le droit du recourant à une rente LAA à compter du 1^{er} avril 2004.

- Concernant la problématique du lien de causalité, l'intimée suit les constatations du Dr???._____ qui considère que les troubles présentés par le recourant ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident survenu le 15 janvier 2002 et qu'il possède une pleine et entière capacité de travail sans limitation, ni ne subit une atteinte importante et durable à son intégrité physique. L'intimée relève que le Dr???._____ arrive aux mêmes conclusions que l'expertise du L._____ du 26 mars 2004 et qu'aucune documentation médicale établie postérieurement aux droits litigieux n'est de nature à mettre en doute les conclusions de l'expertise du Dr???._____.

c) Dans sa réplique du 8 février 2011, le recourant expose que la question qu'il soulève est clairement délimitée et consiste à déterminer si et dans quelle mesure l'intimée a correctement donné suite au complément d'instruction requis par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 21 septembre 2007. Le recourant soutient qu'en mettant en oeuvre une

nouvelle expertise *ab ovo*, confiée à un neurologue, l'intimée n'a pas respecté ces instructions. En effet, selon le recourant, le Tribunal fédéral a fait siennes les conclusions du Dr V._____, premier expert mandaté par l'intimée, que celle-ci ne pouvait pas remettre en question en sollicitant l'avis d'un nouvel expert ; l'expert devait ainsi limiter ses investigations à déterminer les traitements prodigués au recourant pour soigner les migraines avec aura dont il souffre, préciser le résultat de ces traitements et évaluer la capacité ou l'incapacité de travail à compter du mois de mars 2004. Le recourant relève que, même s'il est difficile pour un profane de se retrouver dans les considérations scientifiques du Dr???._____ par rapport à celles du Dr V._____, force est de constater qu'il existe entre ces deux praticiens des divergences fondamentales indiscutables, notamment en ce qui concerne l'existence ou non de migraines post-traumatiques, puisque le Dr V._____ les tient pour avérées tandis que le Dr???._____ paraît quant à lui exclure purement et simplement la notion même de telles migraines. Le recourant estime ainsi que l'intimée ne pouvait pas, pour statuer, faire fi des conclusions du Dr V._____ sans contrevenir simultanément à l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral, mais que pour satisfaire aux exigences imposées par le Tribunal fédéral, l'intimée avait l'obligation de mandater le Dr V._____ en vue d'un complément d'expertise. C'est là ce que souhaite obtenir, par la voie judiciaire, le recourant, et c'est là l'unique objet de son recours, à savoir la mise en œuvre d'une expertise judiciaire à confier au Dr V._____.

d) Par avis du 14 février 2011, le juge instructeur, constatant que la nature des questions qui devraient être tranchées par la Cour des assurances sociales ne justifiait pas la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, a rejeté la requête présentée en ce sens par le recourant, l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer étant réservé ; les parties ont ainsi été informées que la cause était gardée à juger.

Par courrier du 17 février 2011, qui s'est croisé avec l'avis du 14 février 2011 précité, l'intimée a sollicité la possibilité de dupliquer.

Le 21 février 2011, le juge instructeur a informé l'intimée qu'elle avait la possibilité de déposer une éventuelle duplique dans un délai au 14 mars 2011, avant que la cause ne fût gardée à juger.

Dans sa duplique du 10 mars 2011, l'intimée a intégralement persisté dans les termes et conclusions de son mémoire de réponse du 14 octobre 2010.

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-accident, 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). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours, interjeté en temps utile, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) 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 connaître de la présente affaire (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD) et doit être composée de trois magistrats, vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr. (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité LAA pour la période postérieure au 1^{er} avril 2004.

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 (cf. ATF 125 V 413 consid 2c ; ATF 110 V 48 consid 4a ; RCC 1985 p. 53).

3. Le recourant reproche en premier lieu à l'intimée de ne pas s'être conformée aux instructions du Tribunal fédéral en confiant une nouvelle expertise *ab ovo* au Dr???._____, alors qu'il ressortirait clairement des considérants de l'arrêt TF U 371/06 que le Tribunal fédéral entendait limiter le complément d'instruction à la problématique des traitements suivis par le recourant ainsi qu'à leurs conséquences sur sa capacité de travail, et qu'il entendait de surcroît qu'un complément d'expertise fût confié exclusivement au Dr V._____; il soutient également que la question relative à la causalité naturelle entre les troubles dont il souffre et l'accident litigieux, ainsi que celle relative au caractère invalidant des migraines ophtalmiques ont été définitivement tranchées par la Haute Cour, qui aurait, selon lui, fait siennes les conclusions du Dr V._____ de sorte que l'intimée devait limiter ses investigations à déterminer les traitements prodigués au recourant pour soigner les migraines, à préciser le résultat de ces traitements et à évaluer la capacité ou l'incapacité de travail à compter du mois de mars 2004.

a) Dans son arrêt du 21 septembre 2007 (U 371/06), le Tribunal fédéral a considéré que les experts du L._____ n'avaient pas exposé les raisons qui les avaient conduits à se distancer des conclusions du Dr V._____ et à nier l'existence d'un lien de causalité entre les troubles litigieux et l'accident et qu'en conséquence, à défaut d'autre élément médical objectif au dossier permettant de mettre en doute la fiabilité des conclusions du Dr V._____, l'autorité inférieure ne pouvait s'en écarter. Il a également reproché au Tribunal des assurances d'avoir

admis une capacité de travail entière sans diminution de rendement et sans limitation, dès la date de suppression des prestations par l'intimée, au motif que les « migraines ophtalmiques, aussi gênantes qu'elles soient, devraient pouvoir être jugulées par une quelconque thérapie » ; il a en effet considéré qu'aussi longtemps que les circonstances n'étaient pas élucidées, on ne pouvait admettre qu'au moment de la suppression des prestations d'assurance par l'intimée, l'état de santé du recourant ne nécessitait plus de traitement médical et lui permettait de reprendre à plein temps son ancienne activité professionnelle.

Ainsi et contrairement aux allégations du recourant, le Tribunal fédéral n'a aucunement tranché la question du rapport de causalité entre les troubles ophtalmo-neurologiques du recourant et l'accident du 15 janvier 2002, mais s'est limité à constater que l'autorité inférieure ne pouvait suivre, à défaut d'autre élément probant au dossier, les conclusions non motivées des experts du L. _____ au détriment de celles du Dr V. _____. S'agissant de la problématique du caractère invalidant des migraines ophtalmiques, le Tribunal fédéral s'est contenté de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires et statue à nouveau sur le droit de l'assuré aux prestations litigieuses.

L'intimée s'est conformée aux instructions du Tribunal fédéral puisqu'elle a confié un complément d'expertise au Dr???. _____ afin d'évaluer les problématiques du lien de causalité naturelle entre les troubles de l'assuré et l'accident survenu le 15 janvier 2002, du caractère invalidant des troubles présentés par le recourant, ainsi que du traitement médical suivi et des possibilités d'amélioration d'un tel traitement.

Dans ces circonstances, force est de constater que les mesures d'instruction entreprises par l'intimée, menées de surcroît avec le plein accord du recourant, respectent les instructions fixées par le Tribunal fédéral dans le cadre du complément d'instruction qu'il a ordonné (TF U 371/06 consid. 4.3 et 4.4).

4. Le recourant critique par ailleurs l'opportunité d'une expertise effectuée par le Dr???._____ faisant valoir qu'en tant que neurologue, l'intéressé ne serait pas le plus compétent pour donner son avis sur les conséquences de l'accident du 15 janvier 2002. En substance, le recourant reproche à l'intimée d'avoir outrepassé son pouvoir d'appréciation en ordonnant la mise en œuvre d'une expertise par le Dr???._____ et non par le Dr V._____.

En l'espèce, D._____ a confié, dans le cadre du complément d'instruction ordonné par le Tribunal fédéral, une expertise au Dr???._____, spécialiste FMH en neurologie puisque les migraines ophtalmiques dont se plaint le recourant relèvent du domaine neurologique et non ophtalmologique. On peine dès lors à comprendre les motifs pour lesquels le recourant persiste à demander que le complément d'expertise soit confié au Dr V._____ qui, en tant qu'ophtalmologue n'est pas les mêmes compétences qu'un neurologue pour évaluer sa situation médicale sur le plan neurologique, ce d'autant moins que le recourant avait expressément donné son accord pour que le complément d'expertise soit effectué par le Dr???._____. On précise à cet égard que le Dr V._____ n'est pas titulaire d'une spécialisation FMH en neurologie, contrairement à ce qu'allègue le recourant.

D'autre part, dans son expertise médicale du 1^{er} juillet 2003, ce praticien relevait qu'« actuellement ce patient n'a pas de traitement de fond pour ce problème [les migraines ophtalmiques] et [qu'] un tel traitement devrait être discuté avec son neurologue traitant ». Ainsi, de l'aveu même du Dr V._____, les céphalées dont souffre le recourant sont d'origine neurologique et non ophtalmologique.

L'intimée n'a donc pas outrepassé son pouvoir d'appréciation en ordonnant la mise en œuvre d'une expertise confiée au Dr???._____.

5. Le recourant reproche en dernier lieu à l'intimée d'avoir procédé à une appréciation erronée de sa situation médicale, en particulier en ce qui concerne le lien de causalité entre l'accident et ses

troubles ainsi que sa capacité de travail, en se fondant exclusivement sur le rapport d'expertise du Dr???._____. Il conteste ainsi la valeur probante de cette expertise et estime qu'elle ne saurait prévaloir sur l'avis du Dr V._____. Il requiert dès lors la mise en œuvre d'une expertise judiciaire par le Dr V._____ afin de compléter l'instruction.

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le législateur définit la notion d'accident à l'art. 4 LPGA. Ainsi par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010, consid. 2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n. 165 p. 898).

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose toutefois un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (TF du 1^{er} février 2008, 8C_87/2007 consid. 2.2). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 consid. 4).

L'exigence du lien de causalité naturelle 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 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. 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. Ainsi, 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 U 80/05 du 18 novembre 2005 consid. 1.2 ; TF U 118/2003 du 30 juin 2004 consid. 3.1 ; ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

c) 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1 , TF 8C_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

d) En l'occurrence, les migraines ophtalmiques présentées par le recourant sont une problématique essentiellement neurologique et non ophtalmologique. Il convenait donc, contrairement à ce que soutient l'assuré, de confier cette expertise à un neurologue et non à un ophtalmologue, comme l'a fait l'intimée. Au surplus, l'expertise du Dr???._____ est complète compte tenu des points litigieux ; elle est fondée sur des examens approfondis, une consultation et un examen neurologique du recourant, tient compte des affections et des plaintes exprimées par celui-ci et est établie en parfaite connaissance de l'anamnèse du recourant. Cette expertise est ainsi fondée sur un contexte médical cohérent, sur une situation médicale claire et ses conclusions sont parfaitement motivées. Le Dr???._____ répond par ailleurs clairement aux questions posées par les parties qui entrent dans le cadre de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral.

En l'espèce, le Dr???._____ n'a pas été en mesure d'établir un diagnostic certain, mais a émis trois hypothèses et a détaillé, pour chacune d'entre elles, la question de la causalité avec l'accident du 15 janvier 2002. Il a en outre expliqué en quoi il n'était pas d'accord avec les conclusions du Dr V._____ et a relevé que la notion de migraines post-traumatiques n'était pas reconnue par l'IHS. Il y a lieu de rappeler que l'expertise du Dr V._____ est datée du 1^{er} juillet 2003, soit antérieurement aux droits litigieux.

Il y a ainsi lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du Dr???._____ et de reconnaître, à l'instar de l'expert, que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité antérieure à compter du 1^{er} avril 2004, en relation avec d'éventuelles séquelles de l'accident du 15 janvier 2002.

L'instruction du dossier étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

4. a) Des considérants qui précèdent, il résulte que, en l'absence d'incapacité de travail en relation avec d'éventuelles séquelles de l'accident du 15 janvier 2002 au-delà du 1^{er} avril 2004, le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité LAA. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée en conséquence.

b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire (art. 61 al. 1 let. a LPGA). Bien que l'intimée ait procédé avec l'assistance d'un mandataire professionnel, qu'elle obtienne gain de cause et qu'elle ait conclu à l'allocation de dépens, elle n'a pas droit à des dépens. En effet, en prévoyant que seul le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), le législateur a clairement entendu exclure l'allocation de dépens à l'assureur social qui obtient gain de cause (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., Zurich-Bâle-Genève 2009, ch. 114 ad art. 61 LPGA, p. 791), comme c'était d'ailleurs déjà le cas avant l'entrée en vigueur de la LPGA (cf. ATF 126 V 143 consid. 4), sous réserve, selon la jurisprudence, du cas où le recourant a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 127 V 205 consid. 4, critiqué par Kieser, loc. cit.), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 9 août 2010 par D. _____ est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Joël Crettaz (pour N. _____)
- Me Christian Grosjean (pour D. _____)
- 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 :