

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 avril 2015

---

Composition : M. MERZ, président  
MM. Gerber, juge suppléant et Küng, assesseur  
Greffier : M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à V.V.\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Jörg Zurkirchen,  
avocat à Ebikon (LU),

et

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

---

**Art. 6 al. 1, 19 al. 1 et 24 al. 1 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** H. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant de Bosnie-Herzégovine, né en 1958, était poseur de revêtements de sol dans sa propre entreprise. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 30 octobre 2003, il a eu un accident de circulation. Alors qu'il était arrêté à un stop à la sortie de l'autoroute et se penchait en avant pour regarder à droite et à gauche, son véhicule a été embouti par l'arrière par un autre véhicule. L'assuré s'est rendu le jour même à l'Hôpital R. \_\_\_\_\_. Selon le rapport du 30 janvier 2004 de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du département de chirurgie de l'Hôpital R. \_\_\_\_\_, l'assuré n'avait pas eu de perte de conscience ou d'amnésie, mais une légère nausée et une vue un peu floue. Lors de l'examen, l'assuré se plaignait de douleurs aiguës à la tête, dans la nuque et la partie supérieure de la colonne vertébrale thoracique. La mobilité de la colonne n'était pas réduite. Un examen radiologique n'a pas mis en évidence des lésions osseuses.

Une IRM de la colonne cervicale réalisée le 22 décembre 2003 a mis en évidence une ostéochondrose discrète au niveau C4/5 avec une protrusion discale médiane (rapport du Dr F. \_\_\_\_\_, radiologue). Le Dr J. \_\_\_\_\_ a constaté dans son rapport du 9 janvier 2004 une symptomatologie assez grave, typique du coup du lapin; il a relevé que l'assuré n'avait pas perdu connaissance lors de l'accident, avait vu « des étoiles devant les yeux » et était perdu, désorienté. Il a certifié une incapacité totale de travail depuis le 30 octobre 2003.

Le 7 janvier 2004, l'assuré a fait valoir une lésion d'un appareil dentaire consécutive à l'accident du 30 octobre 2003. La CNA a pris en charge un implantat à la place du bridge dentaire.

En février 2004, l'assuré a donné le congé à ses trois employés. La procédure de faillite contre sa société, NS Unterlagsböden H.\_\_\_\_\_ GmbH, a été ouverte le 8 avril 2005 et close par jugement du 22 juin 2005 du président du Amtsgericht de [...], à [...], en raison d'un défaut d'actifs (FOSC [...] du [...]).

Le 15 mars 2004, l'assuré a été examiné par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Celui-ci a constaté que l'assuré continuait à porter une minerve rigide alors qu'un tel traitement de longue durée était connu comme nuisible. En l'absence de trouble organique important mises à part des douleurs à la nuque (« keine erheblichen organischen Folgen ausser der Nackenschmerzhaftigkeit »), l'état du recourant était dû à l'immobilisation avec la minerve, au manque d'activation par les mouvements propres et à une somatisation avec des « facteurs mous » sociaux considérables.

Une brève analyse biomécanique de l'accident du 30 octobre 2003 a été réalisée le 16 juin 2004 à titre de triage par le professeur T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine juridique, le Dr S.S.\_\_\_\_\_, médecin assistant, et X.\_\_\_\_\_, ingénieur EPF. Sur la base des informations disponibles, l'accélération due au choc devrait s'être située entre 10 et 15 km/h.

Dans un courrier daté du 19 mai 2004, le médecin traitant, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a affirmé que l'assuré ne portait la minerve que la nuit et lors de fortes douleurs.

L'assuré a séjourné du 23 juin au 28 juillet 2004 à la Clinique M.\_\_\_\_\_. Le rapport de sortie du 21 juillet 2004 a diagnostiqué comme atteintes consécutives à l'accident du 30 octobre 2003 un traumatisme par distorsion de la colonne cervicale (« HWS-Distorsionstrauma »), un syndrome douloureux craniocervical (« zervikozephalen Schmerzsyndrom »), une épicondylopathie du coude gauche, un trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs (ICD 10 F43.2) ainsi qu'un trouble dysfonctionnel avec phobie du mouvement (« dysfunktionale Verarbeitung bei

Bewegungspubie »). Les limitations fonctionnelles concernaient les activités impliquant des positions qui chargent la colonne cervicale telles que le regard prolongé vers le haut ou de manière penchée, les rotations fréquentes de la colonne cervicale; les travaux au-dessus de la tête et le fait de lever ou de porter des charges lourdes. La capacité de travail a été fixée à 50 % toute la journée avec un rendement réduit (« reduzierte Leistung »). Des travaux légers étaient exigibles toute la journée. Selon le consilium psychosomatique du 15 juillet 2004 des Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, il y avait derrière la perpétuation des douleurs une forte crainte des mouvements avec comportement d'évitement. Cette crainte l'avait conduit à porter la minerve d'abord pendant 24 heures, puis seulement durant la nuit pour éviter des faux mouvements. La journée, il prévenait les faux mouvements par une tension musculaire. L'atrophie musculaire, les tensions musculaires et la perte de conditions physiques contribuaient à renforcer la douleur. Il s'y ajoutait que l'assuré avait tendance à voir la vie en noir et blanc, à vouloir tout contrôler en permanence et au catastrophisme. Cela a été renforcé par un divorce en 2001 et par l'obligation d'abandonner son entreprise. Une origine somatoforme des douleurs n'était pas exclue. La poursuite d'un traitement psychothérapeutique était recommandée. L'assuré avait une capacité de travail de 50 %; des activités légères telles que la comptabilité, les activités administratives, la coordination dans son entreprise et des activités physiques légères étaient exigibles toute la journée. Les limitations fonctionnelles étaient les activités imposant des contraintes au niveau cervical, les travaux au-dessus de la tête et le port de poids lourds. En raison de l'autolimitation due aux douleurs, l'évaluation fonctionnelle n'a pas pu être réalisée par des tests, mais évaluée théoriquement.

Par lettre du 6 août 2004, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui reconnaissait une capacité de travail à 50 % dès la sortie de la Clinique M.\_\_\_\_\_.

Le 23 août 2004, le Dr P.\_\_\_\_\_ a communiqué à la CNA un devis concernant un traitement dentaire (pose d'un implant dentaire à la

place d'une dent frontale ayant dû être arrachée). La CNA a accepté la prise en charge du traitement le 8 octobre 2004.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2004, le Dr V.\_\_\_\_\_ a informé la CNA que l'assuré avait encore un raidissement prononcé du cou avec des points douloureux et une mobilité fortement réduite de la mobilité cervicale. Il proposait la poursuite de la physiothérapie.

**B.** L'assuré a eu le 4 octobre 2004 un nouvel accident ; son véhicule a embouti une voiture de police qui le précédait. L'assuré a heurté avec sa tête la vitre frontale de sa voiture. Selon le rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ du 10 décembre 2004, cet accident a impliqué un nouveau traumatisme par décélération de la colonne cervicale (« coup du lapin »). Ce traumatisme a augmenté la symptomatique consécutive à l'accident du 30 octobre 2003: forte tension au niveau cervical, « vision blanche » et vision d'étincelles avec une mobilité fortement réduite des cervicales. Le traitement de physiothérapie a été arrêté en raison des douleurs. Lors des contrôles entre le 11 octobre et le 22 novembre 2004, le Dr V.\_\_\_\_\_ a constaté que l'assuré semblait confus et se plaignait de vertiges. Aucune reprise du travail n'était prévue.

Une IRM lombaire avec myélographie a été réalisée le 3 janvier 2005 par l'Institut radiologique Q.\_\_\_\_\_ à Olten. Elle a mis en évidence une discopathie multisegmentaire des lombaires moyennes et inférieures avec une protrusion discale L4/L5 et L5/S1 sans déplacement ou compression des structures neurales.

Le 1<sup>er</sup> février 2005, l'assuré a fait valoir que l'accident du 4 octobre 2004 avait entraîné une lésion dentaire. Les frais de traitement y relatifs ont été pris en charge par la CNA. Selon le devis du Dr P.\_\_\_\_\_, dentiste, du 26 avril 2005, il s'agissait de la résection de la pointe d'une racine avec remplissage ainsi que l'opération d'un kyste sans remplissage.

En raison de plaintes oculaires, l'assuré a été examiné à la clinique ophtalmique de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_. Le rapport du 2 février 2005 a rapporté une situation normale.

Une IRM des cervicales réalisée le 25 février 2005 par le Dr F.\_\_\_\_\_ à Arau a confirmé une situation essentiellement inchangée avec une petite ostéochondrose au niveau C5/C6 et une hernie médiane. Au niveau de la transition craniocervicale, il y avait une malformation de type Chiari des deux côtés qui s'étendait au niveau C1, les tonsilles cérébelleuses pénétrant dans le foramen magnum sans syringomyélie (« Chiari-Malformation Typ I mit tiefstehenden Kleinhirntonsillen die ins Foramen magnum ragen. Eine Syrinx ist nicht nachzuweisen »).

L'assuré a été examiné le 8 mars 2005 par le Dr B.\_\_\_\_\_. Celui-ci a estimé qu'en raison de l'absence de lésions structurelles consécutives à l'accident du 4 octobre 2004 (hormis la lésion dentaire) le statu quo ante à cet accident était atteint. A son avis, ce deuxième accident devait être considéré comme dépourvu de conséquences.

Selon une expertise privée du 18 mars 2005 du Dr V.\_\_\_\_\_, l'assuré souffrait d'un status après deux coups du lapin, d'une « Streckhaltung » tendant à la cyphose de la colonne avec syndrome craniocervical, d'une hernie discale C4/C5 sous-ligamentaire et enfin d'une spondylose avec discopathie L4/L5 et L5/S1. A son avis, les symptômes cliniques et les syndromes somatoformes persistants avaient une origine physique suffisamment constatable et pouvaient être expliqués de manière adéquate. Le lien de causalité avec les deux accidents du 30 octobre 2003 et du 4 octobre 2004 était quasiment certain. Les examens n'avaient mis en évidence aucun facteur pré- ou post-traumatique extérieur à l'accident qui pouvait expliquer avec une vraisemblance prépondérante l'état de santé de l'assuré au moment de l'expertise. La capacité de travail dans sa profession était de 20 % dans une activité administrative ou de surveillance (correction par lettre du 14 avril 2005).

Le 22 juin 2005, la CNA a rendu une décision confirmant que les indemnités journalières étaient versées dès le 28 juillet 2004 pour une

incapacité de travail de 50 %. L'assuré a fait opposition contre cette décision le 25 juillet 2005. Le 7 septembre 2005, la CNA a annulé la décision du 22 juin 2005 et accordé rétroactivement des indemnités journalières pour une incapacité totale de travail dès le 28 juillet 2004.

L'assuré a séjourné du 4 juillet au 4 août 2005 à la Clinique C.\_\_\_\_\_ (SG). Selon le rapport du 22 août 2005 de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychothérapie, du Dr L.\_\_\_\_\_ et de A.\_\_\_\_\_, physiothérapeute, l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux craniocervical, d'un trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs et d'un syndrome douloureux lombaire. A l'entrée, l'assuré portait en permanence la minerve. Au fur et à mesure du séjour, il est parvenu à réduire progressivement le port de la minerve. La Dresse Z.\_\_\_\_\_ considérait l'assuré comme moyennement dépressif (peut-être au sens d'un syndrome post-traumatique chronique après distorsion cervicale avec des symptômes psycho-végétatifs d'un caractère à tendance neurasthénique). L'assuré était parvenu à améliorer notablement son niveau d'activité. L'immobilisation trop longue des cervicales et la longue incapacité de travail influençaient négativement le pronostic.

**C.** Le 27 décembre 2005, l'assuré s'est effondré dans sa salle de bains et a heurté les w.c. Un examen radiologique a mis en évidence une fracture de deux côtes.

Le 29 janvier 2006, l'assuré s'est présenté aux urgences de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ en raison d'une exacerbation des douleurs à la tête. Il a déclaré avoir voulu prévenir une situation comme celle du 27 décembre 2005 où l'intensité des douleurs l'avait fait s'effondrer. Après un traitement antidouleur, il a pu être renvoyé à la maison. Selon le rapport de la Dresse E.\_\_\_\_\_, du 9 juin 2006, l'assuré souffrait de céphalées chroniques, suite à un traumatisme cervical avec lésion anamnestique au niveau C4/5 en 2003 (« Schleudertrauma mit anamnestischer Läsion Höhe HWK4/5 2003 »).

**D.** Le 1<sup>er</sup> avril 2006, l'assuré a chuté alors qu'il se penchait pour prendre de l'eau à une fontaine et a heurté le trottoir avec le visage, Il a

été hospitalisé du 1<sup>er</sup> au 7 avril 2006 à la clinique ORL de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ à Berne. Hormis une plaie ouverte sur le nez, l'assuré a subi des fractures de l'orbite gauche, des os maxillaires, de l'os nasal et du septum nasal. Les fractures ont été traitées par ostéosynthèse. Selon un rapport de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ à Berne du 16 avril 2008, il en est résulté une déformation post-traumatique du nez entraînant des difficultés respiratoires, de sorte qu'un traitement par chirurgie plastique (Septorhinoplastik) a été réalisé le 10 avril 2008; en revanche, les médecins ont renoncé à une reconstruction du fond orbital (Orbitalboden), en raison de l'absence d'amélioration fonctionnelle qu'apporterait une telle opération et de la diplopie monoculaire de l'assuré.

Du 30 mai au 1<sup>er</sup> juin 2006, l'assuré a séjourné à l'Hôpital R.\_\_\_\_\_. Les diagnostics suivants ont été posés: céphalées de tension, cervicalgies après plusieurs traumatismes cervicaux (« Schleudertraumata »), syndrome lombaire chronique, dépression. Une amélioration rapide pendant le traitement stationnaire a été constatée.

Le 5 juillet 2006, l'assuré a été examiné à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ à Berne par le service de neurologie-neurochirurgie en raison d'une anosmie et d'une perte du goût depuis l'événement d'avril 2006. Une anosmie complète bilatérale, une parésie partielle gauche du nerf abducens oculaire, une hypoesthésie et une dysesthésie du nerf trijumeau gauche et une perte du goût ont été constatées.

Le 25 juin 2007, la CNA a informé l'assuré que l'assurance de la société NS Unterlagsböden H.\_\_\_\_\_ GmbH était valable jusqu'au 8 avril 2005, date de l'ouverture de la faillite.

Selon un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2007 de la division d'orthoptie de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ à Berne, le recourant souffrait à l'oeil gauche de diminutions unilatérales de la vision d'étiologie peu claire et de troubles de la sensibilité du côté gauche du visage. A l'oeil droit, il y avait une hypermétropie, de l'astigmatisme et un soupçon de syndrome congénital de Horner. Les images doubles décrites par l'assuré n'étaient pas d'origine

binoculaire, mais monoculaire. Il n'y avait pas de strabisme qui pouvait expliquer les images binoculaires.

**E.** Le 5 septembre 2007, l'assuré a chuté en s'encoublant et s'est blessé au genou droit. Il a été hospitalisé en raison d'un hématome infecté.

En novembre 2007, l'assuré a été examiné par le Dr I. \_\_\_\_\_ en raison de ses chutes. Lors de l'examen, l'assuré a déclaré que l'accident du 4 octobre 2004 avait été dû à une brève « absence ». Un examen du potentiel évoqué somesthésique (SSEP-Tibialis) a mis en évidence des retards légèrement pathologiques et une diminution pathologique de l'amplitude à droite. Selon son rapport du 7 février 2008 cosigné par le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, l'assuré souffrait vraisemblablement d'une épilepsie. Une lésion du nerf trijumeau à gauche, consécutivement à une chute, devait être admise en raison des données anamnestiques et cliniques typiques, même si un examen du potentiel évoqué somesthésique du trigeminus avait donné des résultats normaux. Le Dr O. \_\_\_\_\_ recommandait de procéder d'abord à une IRM afin de rechercher une lésion corticale - sous-corticale à gauche et, en cas de résultat négatif, de faire une analyse spécifique de l'épilepsie. Les deux médecins posaient par ailleurs comme diagnostic une dépression post-traumatique.

**F.** La CNA a mandaté le Centre S. \_\_\_\_\_ à Bâle afin de réaliser une expertise pluridisciplinaire. L'assuré y a été examiné du 11 au 15 juin 2007. Le 18 mars 2008, la CNA a communiqué au Centre S. \_\_\_\_\_ le rapport des Drs I. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ du 7 février 2008. Le Centre S. \_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 15 mai 2008. Le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, n'a pas constaté d'atteinte à la santé relevant de la médecine interne, mais il relevait que l'assuré faisait preuve d'un comportement clairement aggravateur lors de l'examen.

Selon le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux craniocervical, d'atteintes à la sensibilité sur le côté gauche du visage suite aux fractures du 1<sup>er</sup> avril 2006 ainsi que d'une anosmie, probablement consécutive à la chute du 1<sup>er</sup> avril 2006. De l'avis du Dr Y.\_\_\_\_\_, il n'est pas possible rétrospectivement d'établir si la chute a été causée par une syncope ou si l'assuré s'était simplement encoublé. Le Dr Y.\_\_\_\_\_ a pris position comme suit sur l'évaluation neurologique réalisée le 5 juillet 2006 à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ à Berne:

« Im weiteren beklagt sich der Versicherte über Sensibilitätsstörungen an der linken Gesichtshälfte sowie über eine Anosmie und eine fehlende Geruchswahrnehmung. Diesbezüglich hatte der Versicherte eine neurologische Voruntersuchung an der neurologischen Universitätsklinik am W.\_\_\_\_\_ Spital. Die damalige neurologische Untersuchung sowie die Beurteilung sind völlig unzureichend. Offenbar wurde bei dem Versicherten eine partielle Abduzensparese links festgestellt. Tatsächlich handelt es sich dabei jedoch um monoculare Doppelbilder, wie dies später auch ophthalmologischerseits bestätigt werden konnte und auch dem heutigen Untersuchungsbefund entspricht. Auch die Diagnose einer partiellen Trigemini­sparese lässt nicht gerade fachneurologischen Tiefgang erkennen. Tatsächlich handelt es sich um linksseitige Sensibilitätsstörungen, welche das Versorgungsgebiet des Nervus trigeminus betreffen. Derartige Sensibilitätsstörungen sind nach der erlittenen Gesichtsverletzung nachvollziehbar. Ebenfalls möglich ist das Auftreten einer Anosmie, währenddem der vollständige Ausfall der Geschmackswahrnehmung sehr ungewöhnlich ist. Insbesondere lässt der undifferenzierte Ausfall von sämtlichen Geschmacksproben, auch von bitter, auf eine funktionelle Störung schliessen. »

Selon le Dr Y.\_\_\_\_\_, le comportement douloureux et démonstratif de l'assuré laissait supposer qu'un trouble fonctionnel était au premier plan.

Le professeur Dr A.A.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a déduit de radiographies au dossier que l'assuré souffrait d'une malformation d'Arnold-Chiari de type I avec cervicalgies, cervicobrachialgies et cervicocéphalgies et un trouble bilatéral des nerfs cervicaux caudaux (« beidseitige Störung caudaler Hirnnerven »). Les troubles constatés au niveau du visage, en particulier l'anosmie, l'exophtalmie, les troubles oculaires et les atteintes à la sensation au niveau du visage étaient la conséquence des graves lésions aux os

crâniens du visage et de l'opération qui s'en est suivie. Tant la malformation d'Arnold-Chiari, les effets chroniques de facteurs négatifs (Noxen) ou une superposition fonctionnelle pouvaient être la cause de l'atteinte au sens du goût et de la diminution du réflexe de la déglutition (Würgreflex). Le coup du lapin avait dû aggraver l'état de l'assuré ayant une malformation préexistante au niveau du passage craniocervical.

Le Dr B.B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, a diagnostiqué un syndrome douloureux post-traumatique au milieu du visage du côté gauche avec des troubles de sensibilité au sens d'une hypoesthésie ou d'une dysesthésie vers la première et la seconde branche du trijumeau gauche ainsi qu'une diplopie « (subjective?) », consécutifs à une fracture complexe du milieu du visage le 1<sup>er</sup> avril 2006 et les opérations chirurgicales y relatives. Il s'y ajoutait une limitation de la mastication ou des douleurs y relatives en lien avec un syndrome douloureux préalable craniocervical suite aux traumatismes par distorsion de la colonne cervicale en 2003 et 2004. De l'avis du Dr B.B.\_\_\_\_\_, l'hypoesthésie dans la zone d'innervation de la première branche du trijumeau et surtout la dysesthésie dans la zone d'innervation de la deuxième branche du trijumeau étaient, en tant que conséquence directe de la traumatisation des nerfs infra-orbitaux par la fracture fragmentée du bord infra-orbital, dans un lien de causalité avec l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006. Une diplopie pouvait être observée comme conséquence d'une asymétrie post-traumatique des orbites.

Selon le consilium psychiatrique du Dr C.C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, l'assuré souffrait d'un épisode dépressif léger. Un trouble de la personnalité narcissique léger était aussi soupçonné. Comme cause de l'épisode dépressif, il fallait prendre en considération principalement les douleurs persistantes, mais le divorce qui n'avait pas été vraiment assimilé entraînait aussi en considération. On pouvait supposer que ce divorce avait constitué une charge suffisamment grave pour être dans un lien de causalité avec la perpétuation des douleurs. Il ne s'agissait toutefois pas d'un trouble douloureux somatoforme, car les douleurs pouvaient être expliquées suffisamment par les atteintes physiques.

L'examen avait enfin montré que l'assuré avait une tendance quasi consciente à l'aggravation et à la dramatisation de sa situation, ce qui devrait se révéler négativement au niveau de l'évolution de l'état de santé. Avec une intensification du traitement psychothérapeutique et du traitement médicamenteux anti-dépressif une amélioration de la situation pouvait être escomptée dans un délai d'une année.

L'examen neuropsychologique commencé le 14 juin 2007 a dû être abandonné, car l'assuré déclarait souffrir toujours plus des symptômes et ne pas pouvoir se concentrer.

Dans une évaluation commune, les Drs U.\_\_\_\_\_, A.A.\_\_\_\_\_  
et C.C.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics suivants:

« - Arnold-Chiari-Malformation Typ I mit Cervicobrachialgien und Cervicocephalgien

- Status nach Verkehrsunfällen 2003 und 2004 mit jeweils Distorsion der Halswirbelsäule, Gebissverletzung und Zahnverletzung

- Status nach Epicondylopathie links

- Posttraumatisches Schmerzsyndrom im Mittelgesichtsbereich nach komplexer, beidseitiger, paramedian linksseitig betonter Mittelgesichtsfraktur vom 01.04.2006 mit residueller Anosmie und

- Einschränkung/Schmerzhaftigkeit der Kaufunktion »

Selon les Drs U.\_\_\_\_\_, A.A.\_\_\_\_\_ et C.C.\_\_\_\_\_, toutes ces atteintes avaient une origine organique. Les atteintes à la mastication étaient la conséquence d'un trouble fonctionnel de l'équilibre musculaire du système stomatognathique et prioritairement une conséquence d'un déséquilibre musculaire suite aux traumatismes répétés de la colonne cervicale, mais pas de la fracture du visage le 1<sup>er</sup> avril 2006. Les plaintes subsistantes de l'assuré au niveau cervical étaient avec une vraisemblance prépondérante dans un lien de causalité avec la malformation congénitale au niveau craniocervical. Les autres plaintes au niveau du visage (anosmie, troubles de la sensibilité et vision double) étaient la conséquence de l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006. Les complications liées à la malformation congénitale Arnold-Chiari se révélaient usuellement à partir de la 40<sup>e</sup> année; en l'espèce, les plaintes

(cervicocéphalgies) ont été déclenchées par la distorsion cervicale de 2003. Même sans accident, ces complications auraient avec une vraisemblance prépondérante porté entièrement atteinte à la capacité de travail de l'assuré. Lors de l'expertise, il n'existait plus de conséquences de l'accident du 30 octobre 2003. Quant aux accidents de 2004 et 2005, ils n'entraînaient plus d'incapacité de travail. L'assuré ne présentait pas de symptômes typiques du coup du lapin, hormis les douleurs cervicales et les vertiges. Aucune lésion cervicale traumatique n'a été diagnostiquée. En raison de l'anosmie consécutive à l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006, l'assuré était incapable de travailler uniquement comme cuisinier. L'incapacité de travail était en revanche entière dans la profession de poseur indépendant de revêtements de sol et dans toute autre activité éventuellement exigible. Quant à l'atteinte à l'intégrité, elle s'élevait à 10 %.

**G.** Dans un rapport du 7 février 2008, le Dr D.D.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assuré depuis le 6 décembre 2003, a confirmé le diagnostic posé lors du séjour à la Clinique M.\_\_\_\_\_ en 2004 (cf. supra lit. A) : trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs (ICD 10 F43.2) ainsi qu'un trouble dysfonctionnel avec phobie du mouvement (« dysfunktionale Verarbeitung bei Bewegungsphobie »).

Le 3 mars 2008, la Dresse E.E.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a attesté que l'assuré souffrait depuis l'accident du 30 octobre 2003 d'une contusion crânienne (« Schädelkontusion »), d'une fracture de l'os zygomatique gauche (« Jochbeinfraktur »), d'une fracture de l'os nasal (« Nasenbeinfraktur »), d'une fracture de l'os maxillaire droite (« Maxillafraktur ») et d'une fracture de l'orbite gauche (« Orbitabodenfraktur »).

**H.** Le 14 mars 2008, la CNA a rendu une décision relative au montant des indemnités journalières. Le recourant a fait opposition le 2 avril 2008. Le 10 septembre 2008, la CNA a écarté l'opposition. Le 20 mai 2009, le Tribunal des assurances du Canton d'Argovie a rejeté le recours contre la décision sur opposition. Un recours déposé contre le jugement du

Tribunal des assurances du Canton d'Argovie a été rejeté par le Tribunal fédéral le 22 février 2010 (cause 8C\_665/2009).

**I.** Le 5 août 2008, le conseil juridique de l'assuré a informé la CNA que celui-ci avait chuté le 9 avril 2008 et s'était blessé au genou gauche et au coude gauche. Une IRM du 4 juin 2008 du genou gauche a suscité un fort soupçon de rupture du ligament croisé antérieur ainsi que d'une petite lésion sur la corne arrière du ménisque interne.

Le 18 mai 2008, le Dr F.F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, a attesté que l'assuré souffrait d'une lombosciatalgie passagère et de symptômes douloureux au niveau lombaire « bei endgradigen Bewegungen ». Le déséquilibre vertébro-musculaire post-traumatique avait conduit à un dysfonctionnement réactionnel dans les sections caudales en raison de symptômes douloureux chroniques et d'une tendance à épargner les sections proximales de la colonne vertébrale. Il a répondu oui à la question de savoir si des facteurs étrangers à l'accident jouaient un rôle dans le processus de guérison, mais sans préciser lesquels.

Le médecin d'arrondissement suppléant a déclaré le 27 mai 2008 que la lombalgie n'était pas avec une vraisemblance prépondérante une conséquence d'un accident, car l'assuré souffrait d'atteintes dégénératives étendues et démontrées par IRM des lombaires. Aucun traumatisme de la section lombaire de la colonne n'a été décrit. Un rapport de causalité avec l'accident du 30 octobre 2003 n'était que possible.

**J.** Le 8 septembre 2008, la CNA a rendu une décision par laquelle elle a nié le lien de causalité des plaintes subsistantes avec les accidents du 30 octobre 2003, du 4 octobre 2004, du 27 décembre 2005 et du 1<sup>er</sup> avril 2006 et a mis un terme aux prestations d'assurance pour le 30 septembre 2008. Elle a motivé sa décision en estimant que les plaintes subsistantes n'étaient pas suffisamment démontrables d'un point de vue organique et que la causalité adéquate devait être niée. Elle a accordé en

revanche une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 10 % en raison de l'atteinte au nez (« für die verbliebene Verletzung an der Nase ») lors de l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006. La décision a relevé que l'événement du 9 avril 2008 ferait l'objet d'un examen séparé.

**K.** Le 9 octobre 2008, l'assuré a fait opposition contre la décision du 8 septembre 2008, demandant la poursuite des prestations d'assurance pour les accidents du 30 octobre 2003, du 4 octobre 2004, du 27 décembre 2005 et du 1<sup>er</sup> avril 2006. Il a aussi requis l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison du traumatisme cervical (HWS-Schleudertrauma) et des lésions aux dents.

Selon un rapport médical du 28 septembre 2008 du Dr D.D.\_\_\_\_\_, les plaintes psychiatriques subsistantes étaient en lien (« im Zusammenhang ») avec les accidents du 30 octobre 2003, du 4 octobre 2004, du 27 décembre 2005 et du 1<sup>er</sup> avril 2006. Le divorce ne jouait pas ou tout au plus un rôle secondaire dans les plaintes psychiques. L'incapacité de travail était évaluée comme complète sur la base d'une évaluation globale, somatique et psychiatrique.

La Dresse E.E.\_\_\_\_\_ a attesté le 28 septembre 2008 que les plaintes manifestement développées, s'accroissant et résistant à la thérapie, ainsi que les limitations fonctionnelles étaient en rapport avec les accidents. A son avis, le syndrome Arnold-Chiari avait été provoqué avec la plus haute vraisemblance par la distorsion cervicale de 2003. Elle recommandait la poursuite de la thérapie conservatoire intensive.

Selon un rapport du 5 janvier 2009 du Dr G.G.\_\_\_\_\_, médecin assistant à la clinique de chirurgie du crâne, du menton et du visage de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_, l'assuré souffrait encore de multiples sensations sporadiques de douleur des deux côtés du visage, mais surtout du côté gauche. Le retrait du matériel d'ostéosynthèse le 8 février 2007 n'avait apporté que des améliorations minimales.

Une expertise neurologique a été réalisée à la demande de l'Office AI du canton de Soleure le 27 janvier 2009 par le Dr H.H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Celui-ci a posé comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail une malformation d'Arnold-Chiari de type I (ICD-10 Q07.0) avec un syndrome de Horner à droite, une paralysie partielle du nerf pathétique (Trochlearisparese), une dystaxie cérébelleuse avec chutes récidivantes, une limitation de la mobilité de la colonne cervicale et des douleurs chroniques. La légère distorsion cervicale et le coup du lapin de degré I dus à l'accident du 30 octobre 2003 étaient dépourvus de conséquences sur la capacité de travail en l'absence d'une lésion structurelle traumatique. Il en allait de même pour la distorsion cervicale consécutive à l'accident du 4 octobre 2004. L'assuré souffrait par ailleurs de céphalées chroniques dues à un abus d'analgésiques. Le Dr H.H. \_\_\_\_\_ relevait que la malformation d'Arnold-Chiari de type I était une maladie congénitale complexe. Celle de type I ne se manifestait souvent qu'à l'âge adulte. En l'espèce, la symptomatologie s'était vraisemblablement manifestée en lien avec la distorsion cervicale du 30 octobre 2003: à partir d'un certain moment ne pouvant être déterminé précisément, les symptômes de la distorsion cervicale s'étaient vraisemblablement mélangés à ceux de la malformation d'Arnold-Chiari qui étaient d'abord non spécifiques. Les syndromes typiques de la malformation d'Arnold-Chiari étaient les céphalées, les vertiges, le nystagmus, des troubles nerveux (kaudale Hirnnervenausfälle) et un torticolis. Sur la base de la littérature, il fallait considérer que l'incapacité de travail n'était plus la conséquence de l'accident du 30 octobre 2003 dès trois mois après celui-ci. Il en allait de même après l'accident du 4 octobre 2004. Pour le reste, l'incapacité de travail était due à la maladie. Selon l'expert, le syndrome d'Arnold-Chiari était la cause des chutes récurrentes de l'assuré.

L'assuré a fait l'objet d'une IRM du crâne et des cervicales en Bosnie. Selon le rapport du 23 janvier 2010 du Prof. Dr I.I. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie et neuroradiologie, l'IRM montrait une combinaison de modifications congénitales (Arnold-Chiari) et de modifications traumatiques (petit kyste arachnoïdal à droite dans le

domaine de la fissure silvi). L'IRM de la colonne cervicale avait montré des petites protrusions discales médianes (« dorsimédiale ») aux niveaux C3-C5. De l'avis du Prof. Dr I.I.\_\_\_\_\_, il s'agissait d'une situation postérieure à une lésion de la colonne cervicale.

Un rapport médical du Dr J.J.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL, du 19 mars 2010, relevait que l'assuré souffrait d'un problème myofonctionnel développé avec des points trigger dans pratiquement tout le visage et le cou. De telles plaintes myofonctionnelles étaient très difficiles à traiter. Un traitement antidépresseur serait la solution correcte, dans l'espoir que la symptomatologie douloureuse diminue. Par ailleurs, le Dr J.J.\_\_\_\_\_ diagnostiquait une hyposmie et une anosmie. Il faisait aussi état d'une augmentation de la diplopie (Doppelbilder) depuis quelques semaines.

Un examen radiographique à l'Hôpital L.L.\_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> octobre 2010 a montré, selon le rapport du Prof. K.K.\_\_\_\_\_ du 7 octobre 2010, que la malformation d'Arnold-Chiari de type I restait inchangée. Le rapport mentionnait par ailleurs la présence d'un kyste précédemment décrit dans la partie arrière de la selle turcique du crâne. En revanche, aucun saignement intracrânien n'a été constaté. Le Prof. K.K.\_\_\_\_\_ relevait par ailleurs une asymétrie du volume orbitaire et une nette asymétrie du sinus maxillaire avec des défauts osseux ainsi que des signes d'une déviation résiduelle du septum nasal vers la droite avec une cavité nasale droite relativement étroite.

La Dresse M.M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et en psychiatrie, et le Dr N.N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du centre de compétence en médecine d'assurance de la CNA, ont pris position le 28 octobre 2011 sur le rapport radiographique du 7 octobre 2010. Ils ont déclaré que les radiographies par IRM du 1<sup>er</sup> octobre 2010 n'avaient pas mis en évidence des modifications (en particulier cicatricielles) dans le neurocrâne, respectivement dans le cerveau, qui pourraient indiquer des lésions traumatiques consécutives aux différents accidents. Quant à la malformation d'Arnold-Chiari, elle correspondait à une anomalie liée au

développement et donc congénitale; il en allait de même pour le kyste intrasellaire dans le domaine de l'hypophyse.

Le 18 décembre 2011, la Dresse E.E. \_\_\_\_\_ a attesté que la malformation d'Arnold-Chiari de type I ne se manifestait pas chez l'assuré. Les plaintes, en particulier les céphalées récidivantes, la mobilité réduite au niveau cervical et les vertiges étaient manifestement d'origine accidentelle. Les possibilités diagnostiques et thérapeutiques étaient épuisées.

Par décision sur opposition du 27 décembre 2011, la CNA a écarté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un recours éventuel. Elle a estimé qu'à l'exception des lésions dentaires, il n'y avait plus de lésions dans un rapport de causalité naturelle et adéquat avec les accidents du 30 octobre 2003, du 4 octobre 2004, du 27 décembre 2005 et du 5 septembre 2007.

**L.** Par acte de son mandataire du 2 février 2012, H. \_\_\_\_\_, nouvellement domicilié à V.V. \_\_\_\_\_, a déposé un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Canton de Vaud contre la décision sur opposition du 27 décembre 2011. Il a conclu à l'annulation de cette décision, à la poursuite des prestations d'assurances dès le 1<sup>er</sup> octobre 2008 pour les suites des accidents des 30 octobre 2003, 4 octobre 2004, 27 décembre 2005 et 1<sup>er</sup> avril 2006 ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison d'une distorsion à la colonne cervicale et des dégâts aux dents. Il a aussi requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire et que son avocat lui soit désigné en qualité de conseil d'office.

A l'appui de son recours et de ses écritures subséquentes, l'assuré a présenté notamment les trois rapports médicaux suivants. Selon le rapport du 15 août 2011 du Dr O.O. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, la malformation d'Arnold-Chiari était asymptomatique et ne pouvait pas expliquer les plaintes du recourant. De même, le kyste

arachnoïdien était aussi asymptomatique. Il n'y avait pas d'indication pour une opération.

Un rapport du 30 janvier 2012 signé par le Dr I.\_\_\_\_\_ (qui se déclarait « Facharzt für Neurologie SGKN-EMNG », mais dont la formation n'a pas été reconnue en Suisse selon le registre fédéral des professions médicales) et visé par le Dr P.P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a attesté que la malformation d'Arnold-Chiari de type I ne pouvait pas être une conséquence de l'accident ni être la cause des douleurs au visage. Ces douleurs étaient la conséquence d'un accident. La malformation d'Arnold-Chiari était dans l'ensemble cliniquement silencieuse (« insgesamt klinisch stumm »). Les douleurs au visage étaient non spécifiques (unspezifisch): l'état clinique des nerfs crâniens était normal et une névralgie trigémique pouvait être exclue en raison de plaintes atypiques. En revanche, un syndrome post-traumatique de Costen (aussi appelé syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur) ne pouvait pas être entièrement exclu, ce qui justifiait un examen par un spécialiste de chirurgie maxillaire.

Un rapport du Dr K.K.\_\_\_\_\_, médecin-chef de l'institut de radiologie de l'Hôpital L.L.\_\_\_\_\_, du 24 février 2014 a diagnostiqué sur la base d'une IRM de la colonne cervicale et des lombaires une ostéochondrose intervertébrale discrète dans les segments C2/C7 avec légère protrusion discale, des signes d'une petite hernie discale au niveau C5/C6, une scoliose lombaire avec des modifications dégénératives sous la forme d'ostéochondrose légère à moyenne des lombaires inférieures ainsi que deux hernies discales aux niveaux L2/L3 et L5/S1. Concernant la malformation d'Arnold-Chiari, il a pris position comme suit:

« Unveränderte bekannte Arnold-Chiari/Malformation Typ 1 mit Tiefertreten der Kleinhirntonsillen in das Foramen magnum sowie diskrete Aufweitung des Zentralkanals in Höhe des Atlas. Keine sonstige Komplikation im Zusammenhang mit der Arnold-Chiari-Malformation insbesondere kein Hinweis auf eine Liquorzirkulationsstörung. »

Dans sa réponse du 20 septembre 2012, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 27 décembre 2011.

Dans la suite de l'échange d'écritures (entre décembre 2012 et avril 2014), les parties ont maintenu leurs conclusions.

Le recourant a encore produit un rapport médical du 14 avril 2013 de la Dresse E.E. \_\_\_\_\_ dans lequel celle-ci a distingué comme suit entre les diagnostics liés à un accident et ceux liés à une maladie:

#### « **Unfallbedingte Diagnosen**

- Bei [Status nach] komplexer Mittelgesichtsfraktur Asymmetrie des Orbitavolumen [links] mit diskreter Einsenkung des vorderen Anteils des Orbitabodens.
- Ebenso deutliche Asymmetrie des Sinus maxillaris [beiderseits] bei [Status nach] Trümmerfraktur des Jochbeins [links] mit residueller diskreter Schleimhautschwellung im Sinus maxillaris [links].
- Unveränderte diskrete Defektzone in Höhe der Crista zygomaticoalveolaris [links].
- Diskrete residuelle Septumdeviation nach [links] bei diskreter Betonung der Schleimhaut der Ethmoidalzellen.
- Bei [Status nach] operativer Versorgung einer komplexen Mittelgesichtsfraktur sowie Entfernung der Osteosynthese residueller Asymmetrie der Orbita [links] mit leichter Impression im vorderen Anteil des Orbitabodens.
- Asymmetrie des Sinus maxillaris [beidseits], bei [Status nach] Jochbeinfraktur [links] mit diskreter residueller Schleimhautschwellung am Sinus maxillaris [links].
- Residuelle diskrete Septumdeviation mit relativ enger Riechspalte insbesondere ventral.
- Zustand nach weitgehend kompletter [Vorderen Kreuzband (VKB)]-Ruptur mit einzelnen verbliebenen Fasern.
- Zustand nach ehemaliger Grad III-Läsion des medialen Kollateralbandes entsprechende narbig bedingte Bandverdickung, aktuell keine akute ligamentäre Pathologie.

- Nicht dislozierte schrägverlaufender Riss des Innenmeniskushinterhorns am Übergang zur Pars intermedia.
- Moderater Kniegelenkserguss sowie deutliche Ödematisierung der präpatellaren Bursa [im Sinne] einer chronischen posttraumatischen Bursitis präpatellaris.
- Zeichen einer deutlichen Zunahme eines radiären Einrisses an der zentralen Ansatzstelle des Hinterhorns des medialen Meniskus mit kompletter Ablösung des Hinterhorns an der Ansatzstelle tibial.

### **Krankheitsbedingte Diagnosen**

- Gegenüber der Voruntersuchung vom 01.10.2010 kein Nachweis einer zwischenzeitlich neu aufgetretenen intracraniellen Blutung, Gliosezone oder sonstige intracranielle Pathologie.
- Zeichen einer im Verlauf unveränderte Arnold-Chiari-Malformation Typ 1 mit ohne [sic !] Tiefertreten einer Kleinhirntonsillen in das Foramen magnum und keine assoziierte Syringomyelie - Arnold-Chiari ist nach [wie] vor inaktiv.
- Unveränderte Darstellung einer umschriebenen glatt begrenzten intrasellären Zyste im hinteren Anteil der Sella, differentialdiagnostisch mit einer diskreten Pars intermedia Zyste gut vereinbar.
- Keine Raumforderung Wirkung.
- Keine Kompression des Chiasma opticums.
- Unveränderte mässige supratentoriell betonte corticale Hirnatrophie.
- Umschriebenes Ganglion an der femoralen Ansatzstelle des vorderen Kreuzbandes.
- Stationär femorotibiale Chondropathia Grad III nach Outerbridge femoral medial im ventralen Abschnitt.
- Retropatellarthrose mit Ulzeration des retropatellaren Knorpels lateral [im Sinne] einer Chondropathie Grad III nach Outerbridge. »

**M.** Par décision du 14 mai 2012 du juge instructeur, l'assistance judiciaire a été accordée au recourant avec effet au 18 avril 2012. Un conseil d'office en la personne de Me Jörg Zurkirchen à Ebikon (LU) lui a été désigné aux conditions d'un avocat sis sur le territoire du canton de Vaud. Le recourant a été exonéré du paiement d'avances et de frais judiciaires, mais il a été astreint à payer une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 1<sup>er</sup> juin 2012.

**N.** Le dossier de la procédure de l'assurance-invalidité a été versé au dossier de la présente cause. Il en ressort notamment que l'assuré a

été entendu le 25 octobre 2005 par le Dr Q.Q.\_\_\_\_\_ du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité. Il a réagi avec colère et des remarques agressives à une question sur les raisons pour lesquelles il continuait à porter une minerve malgré les recommandations des médecins. A titre d'évaluation provisoire, le Dr Q.Q.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de l'assuré n'était influencée par aucun facteur non accidentel au regard du vaste dossier médical.

Le Dr R.R.\_\_\_\_\_ du SMR a pris position le 15 octobre 2008 suite à l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_. Le Dr R.R.\_\_\_\_\_ a relevé que la malformation d'Arnold-Chiari n'a été constatée que par l'expert neurochirurgien, le Prof. Dr A.A.\_\_\_\_\_, alors que l'expert neurologue, le Dr Y.\_\_\_\_\_, l'avait entièrement ignorée. Quant au diagnostic de trouble des nerfs cervicaux de l'axe craniocaudal (« Störung caudaler Hirnnerven ») posé par le Prof. Dr A.A.\_\_\_\_\_, le Dr R.R.\_\_\_\_\_ ne l'estimait pas clair. Ce médecin relevait enfin que les motifs des chutes récurrentes de l'assuré lui restaient obscurs et que l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas à ce sujet.

Le SMR a pris position le 29 janvier 2009 suite à l'expertise du Dr H.H.\_\_\_\_\_. Il a estimé que les conséquences neurologiques invalidantes de la malformation d'Arnold-Chiari étaient démontrées et qu'une opération n'était pas exigible dans le cas d'espèce, car les chances de reprise d'un travail étaient quasi nulles.

Par décision du 4 novembre 2009, l'Office AI du Canton de Soleure a accordé une rente d'invalidité entière à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> octobre 2004.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), 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, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

**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 en connaître (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente compte tenu des fêtes judiciaires de Noël (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA), satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**2.** Le litige porte sur les prestations d'assurances consécutives aux accidents du 30 octobre 2003, du 4 octobre 2004, du 27 décembre 2005 et du 1<sup>er</sup> avril 2006, mais pas sur celles des accidents du 5 septembre 2007 et du 9 avril 2008.

**3.** L'assurance-accidents couvre les accidents professionnels, les accidents non professionnels et les maladies professionnelles (art. 6 al. 1 LAA). La notion d'accident est définie à l'art. 4 LPGA: il s'agit de 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. La condition de la cause extérieure extraordinaire est aussi remplie si l'événement est la conséquence d'une maladie, telle qu'une chute consécutive à une épilepsie ou à un infarctus (Gabriela Riemer-Kafka, Schweizerisches

Sozialversicherungsrecht, 4<sup>e</sup> éd., 2014, n. 2.36 ss; SVR 1998 UV n° 22 p. 81). Point n'est ainsi besoin d'examiner si la malformation d'Arnold-Chiari est la cause des pertes momentanées de conscience qui, selon les déclarations du recourant, avaient causé les événements du 4 octobre 2004, du 27 décembre 2005 et du 1<sup>er</sup> avril 2006. Les événements du 30 octobre 2003, du 4 octobre 2004, du 27 décembre 2005 et du 1<sup>er</sup> avril 2006 doivent donc être qualifiés d'accidents. Il en irait de même dans l'hypothèse soulevée par le Dr Y. \_\_\_\_\_ du Centre S. \_\_\_\_\_ que la chute du 1<sup>er</sup> avril 2006 aurait été la conséquence du fait que le recourant a trébuché, car une chute consécutive à un tel mouvement non programmé est un facteur extraordinaire (TF 8C\_783/2013 du 10 avril 2014 consid. 4.2).

**4. a)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi

longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (« appréciation anticipée des preuves »; ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c; 120 Ib 224 consid. 2b; 119 V 335 consid. 3c et la référence).

**b)** La décision attaquée repose principalement sur l'expertise pluridisciplinaire du Centre S.\_\_\_\_\_. Le recourant conteste la force probante de cette expertise en la déclarant ancienne et contradictoire. A son avis, en lui reconnaissant une incapacité totale de travail pour toute activité exigible tout en niant que les accidents du 30 octobre 2003, du 4 octobre 2004 et du 27 décembre 2005 entraînent encore une incapacité de travail, l'expertise serait contradictoire. Or, il est manifeste que les experts attribuaient l'incapacité totale de travail aux conséquences de la malformation congénitale d'Arnold-Chiari, donc à une maladie. Il n'y a dès lors pas contradiction. Quant au fait que l'expertise a été rendue le 15 mai

2008, un an après l'examen du recourant et plus de trois ans avant la décision sur opposition n'en réduit pas la valeur probante. En effet, il ne ressort pas des avis médicaux ultérieurs une modification notable de l'état de santé du recourant ayant effet sur la capacité de travail (en ce qui concerne l'objet du litige et donc à l'exclusion des atteintes au genou et au coude gauches consécutives à l'accident du 9 avril 2008). Le recourant voit aussi une contradiction dans le fait que l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_ déclarait n'avoir pas constaté de symptôme spécifique du coup du lapin, hormis des vertiges et des douleurs cervicales (« Nackenschmerzen »), alors que les experts reconnaissaient que le recourant souffrait de douleurs craniocervicales. Il n'y a toutefois pas de contradiction entre une qualification de douleurs comme cervicales ou craniocervicales, car les douleurs concernent la même zone.

Le Dr R.R.\_\_\_\_\_ du SMR avait relevé le 15 octobre 2008 que la malformation d'Arnold-Chiari n'avait été constatée que par l'expert neurochirurgen, le Prof. Dr A.A.\_\_\_\_\_, alors que l'expert neurologue, le Dr Y.\_\_\_\_\_, l'avait entièrement ignorée. Dans la mesure où le Dr Y.\_\_\_\_\_ a cosigné l'expertise, il faut considérer que l'absence de mention de la malformation d'Arnold-Chiari dans la partie rédigée par le Dr Y.\_\_\_\_\_ repose non pas sur l'ignorance de cette atteinte mais sur une délimitation du champ d'examen par rapport à la partie relevant du neurochirurgen, Prof. Dr A.A.\_\_\_\_\_. Quant au fait que le Dr R.R.\_\_\_\_\_ a estimé peu clair le diagnostic de trouble des nerfs cervicaux de l'axe craniocaudal (« Störung caudaler Hirnnerven ») posé par le Prof. Dr A.A.\_\_\_\_\_, il ne suffit pas pour mettre en question la valeur probante de l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_.

Nous verrons plus loin que le passage de l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_ relatif à la fixation du taux de l'atteinte à l'intégrité pose problème en raison de l'absence de motivation substantielle (cf. infra consid. 8). Cela ne remet toutefois pas en cause la pleine valeur probante de cette expertise sur les autres points qu'elle traite.

**c)** La décision attaquée s'est encore fondée sur l'expertise du Dr H.H.\_\_\_\_\_, réalisée le 27 janvier 2009 à la demande de l'Office de l'assurance-invalidité. Le recourant en conteste également la valeur probante aux motifs qu'elle est « plus âgée » et qu'elle serait contradictoire et qu'elle se bornerait à renvoyer à l'expertise médicale du Centre S.\_\_\_\_\_. Ici aussi, il faut rappeler qu'il ne ressort pas des avis médicaux ultérieurs une modification notable de l'état de santé du recourant ayant effet sur la capacité de travail en ce qui concerne l'objet du litige. L'affirmation du recourant quant au caractère contradictoire de cette expertise est de type appellatoire, dénuée de griefs concrets; au contraire, rien n'indique la présence de contradictions dans cette expertise qui remplit toutes les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante aussi dans la procédure en matière d'assurance-accidents. Certes, le Dr H.H.\_\_\_\_\_ s'est fondé sur les constatations de l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_, mais il a exposé en détail le raisonnement qui l'a conduit à ses propres conclusions.

**5.** L'assurance a mis un terme à la prise en charge des prestations pour la date du 30 septembre 2008 incluse, estimant que le statu quo sine était atteint. La décision attaquée a nié que les plaintes du recourant au-delà du 30 septembre 2008 aient été dans un rapport de causalité naturelle avec les accidents du 30 octobre 2003, du 4 octobre 2004, du 27 décembre 2005 et du 5 septembre 2007. Elle ne se prononce en revanche pas expressément sur la causalité naturelle avec l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006. Dans la mesure où la décision attaquée rappelle que la décision du 8 septembre 2008 avait refusé la poursuite de prestations pour l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006, hormis l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison de la lésion subsistante du nez, on peut admettre que la décision attaquée a implicitement confirmé que les autres plaintes du recourant au-delà du 30 septembre 2008 n'étaient pas non plus dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006. Le recourant conteste pour l'essentiel cette appréciation. Il estime que les douleurs sont encore dans un lien de causalité naturelle avec les événements des 30 octobre 2003, 4 octobre 2004, 27 décembre 2005 et 1<sup>er</sup> avril 2006.

**a)** Le droit à des prestations découlant d'un événement 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; 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 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 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 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. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références).

**b)** En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme craniocérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se

manifestent (TF 8C\_792/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 6.1 avec d'autres références). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 117 V 359 consid. 4b).

S'agissant de l'accident du 30 octobre 2003, le fait que le recourant a subi un traumatisme cervical est incontesté. Le rapport de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ rapporte que lors de l'examen réalisé le jour de l'accident l'assuré se plaignait de douleurs aiguës à la tête, dans la nuque et la partie supérieure de la colonne vertébrale thoracique. L'assureur intimé a mis en question le respect des conditions jurisprudentielles pour admettre le lien de causalité en se fondant sur l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_ qui a répondu comme suit à la question de l'existence de douleurs typiques d'un traumatisme craniocervical:

« Typische HWS-Beschwerden nach Definition des EVG konnten bei dem Versicherten nicht gefunden werden. Der Explorand beklagt lediglich Schwindel und Nackenschmerzen. Die vom Exploranden beklagten Visusstörungen sind auf den Zustand nach Orbitabodenfraktur zurückzuführen. »

Malgré sa formulation ambiguë, cette appréciation ne portait pas sur l'état consécutif à l'accident du 30 octobre 2003, mais sur l'état du recourant lors de l'expertise (cf. la référence aux problèmes de vision). Or, l'absence de plaintes typiques en juin 2007 n'est pas déterminante pour apprécier le lien de causalité naturelle entre l'accident du 30 octobre 2003 et l'incapacité de travail du recourant immédiatement postérieure à cet accident. Au regard des plaintes constatées lors de l'examen à l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ le 30 octobre 2003, les conditions jurisprudentielles pour reconnaître un lien de causalité naturelle avec les plaintes initiales du recourant sont remplies.

Pour l'accident du 4 octobre 2004, l'existence d'un traumatisme de la colonne cervicale a été reconnue par l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_. Il ressort toutefois du rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ du 18 mars 2005 que l'assuré n'a consulté ce médecin que le 11 octobre 2004. Il n'existe donc pas de constatations médicales sur les suites de cet accident

durant les heures qui le suivirent. L'affirmation du Dr V.\_\_\_\_\_ selon laquelle la symptomatologie du coup du lapin du 30 octobre 2003 s'était accrue suite à l'accident du 4 octobre 2004 ne suffit pas pour reconnaître un lien de causalité naturelle entre cet accident et les plaintes du recourant sans preuve d'un déficit fonctionnel organique. Nous verrons d'ailleurs plus loin que même si un tel lien de causalité naturelle était reconnu, il aurait été rompu au plus tard quelques mois après cet accident.

**c)** Le recourant souffrait lors de la clôture du cas de cervicalgies, cervicobrachialgies et cervicocéphalgies.

Une IRM de la colonne cervicale réalisée le 22 décembre 2003 a mis en évidence une ostéochondrose discrète au niveau C4/5 avec une protrusion discale médiane. Ce diagnostic a été confirmé par des IRM des cervicales qui ont été réalisées le 25 février 2005 et le 1<sup>er</sup> octobre 2010. Une IRM réalisée en Bosnie le 23 janvier 2010 a montré plusieurs petites protrusions discales médianes au niveau C3/C5, ce qui est confirmé par le rapport de radiologie du 24 février 2014 du Dr K.K.\_\_\_\_\_ qui a diagnostiqué une ostéochondrose intervertébrale discrète dans les segments C2/C7 avec légère protrusion discale et des signes d'une petite hernie discale au niveau C5/C6. Le Prof. Dr I.I.\_\_\_\_\_ a affirmé que les protrusions discales médianes étaient une situation postérieure à une lésion de la colonne vertébrale, ce qui pouvait être compris comme étant de nature accidentelle. En revanche, la qualification par le Dr K.K.\_\_\_\_\_ d'ostéochondrose intervertébrale discrète montre une origine dégénérative. Cela ressort aussi de l'expertise du Dr H.H.\_\_\_\_\_ qui a précisé que le diagnostic d'ostéochondrose discrète montrait une modification dégénérative. Au cas où l'ostéochondrose aurait contribué aux cervicalgies, cervicobrachialgies et cervicocéphalgies, un lien de causalité naturelle avec les accidents du 30 octobre 2003 et du 4 octobre 2004 devrait être considéré comme exclu.

L'analyse radiographique du 25 février 2005 a mis en évidence une malformation de type Arnold-Chiari des deux côtés qui s'étendait au

niveau C1. Selon la décision attaquée, aucune atteinte n'était plus dans un rapport de causalité naturelle avec les accidents du 30 octobre 2003 et du 4 octobre 2004 lors de la clôture du cas, car le status quo sine était atteint. Selon l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_, les cervicalgies, cervicobrachialgies et cervicocéphalgies étaient, lors de l'expertise, la conséquence de la malformation congénitale Arnold-Chiari de type I. Cet avis a été confirmé par l'expertise du Dr H.H.\_\_\_\_\_. Le recourant conteste cette appréciation en se fondant sur l'avis des Drs O.O.\_\_\_\_\_, P.P.\_\_\_\_\_ et E.E.\_\_\_\_\_. Le Dr O.O.\_\_\_\_\_ a effectivement déclaré le 15 août 2011 que la malformation d'Arnold-Chiari était asymptomatique et ne pouvait pas expliquer les plaintes du recourant. Il n'expose toutefois pas les raisons pour lesquelles il conclut au caractère asymptomatique de cette malformation en s'écartant de l'avis contraire des experts du Centre S.\_\_\_\_\_ et du Dr H.H.\_\_\_\_\_. Son avis n'a donc qu'une force probante très réduite et n'est pas suffisamment substantiel pour mettre en doute le bien-fondé de l'évaluation des experts. Il en va de même pour l'avis similaire de la Dresse E.E.\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2011 et celui des Drs I.\_\_\_\_\_ et P.P.\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2012.

Selon le rapport de la Dresse E.E.\_\_\_\_\_ du 14 avril 2013, la malformation d'Arnold-Chiari restait inchangée et il n'y avait pas de syringomyélie. De même, le Prof. K.K.\_\_\_\_\_ avait déclaré dans son rapport du 7 octobre 2010 que la malformation d'Arnold-Chiari de type I restait inchangée et qu'il n'y avait ni complication ni trouble de la circulation du liquide cébrospinal. Or, l'absence d'évolution de la malformation d'Arnold-Chiari depuis son diagnostic initial le 25 janvier 2005 ne constitue pas une preuve que cette malformation n'a pas déjà commencé antérieurement à ce diagnostic à causer les cervicalgies, cervicobrachialgies et cervicocéphalgies dont le recourant se plaignait dès les deux accidents du 30 octobre 2003 et du 4 octobre 2004.

La Dresse E.E.\_\_\_\_\_ a déclaré le 28 septembre 2008 que le syndrome d'Arnold-Chiari avait été provoqué avec la plus haute vraisemblance par la distorsion cervicale de 2003. Si, par là, elle entendait que la malformation avait été causée par l'accident du 30 octobre 2003,

elle n'expliquait pas pourquoi elle s'écartait de l'avis contraire des experts du Centre S.\_\_\_\_\_, confirmée par le Dr H.H.\_\_\_\_\_ et par les Drs I.\_\_\_\_\_ et P.P.\_\_\_\_\_ ainsi que par le Prof. Dr I.I.\_\_\_\_\_, selon lesquels cette malformation était congénitale et ne pouvait donc être une conséquence de l'accident du 30 octobre 2003. Si en revanche la déclaration de la Dresse E.E.\_\_\_\_\_ devait être comprise dans le sens que les symptômes liés au syndrome d'Arnold-Chiari avaient été provoqués par l'accident, son avis correspondrait à la déclaration des experts du Centre S.\_\_\_\_\_ selon lesquels le début des plaintes liées à la malformation d'Arnold-Chiari (cervicocéphalgies) avait été provoqué par le traumatisme cervical du 30 octobre 2003. Le Dr H.H.\_\_\_\_\_ avait un avis plus différencié dans la mesure où il déclarait que la symptomatologie s'était vraisemblablement manifestée en lien avec la distorsion cervicale du 30 octobre 2003 à partir d'un certain moment ne pouvant être déterminé précisément, les symptômes de la distorsion cervicale s'étaient vraisemblablement mélangés à ceux de la malformation d'Arnold-Chiari qui étaient d'abord non spécifiques.

Le Prof. Dr I.I.\_\_\_\_\_ a soutenu que le kyste arachnoïdal mis en évidence par IRM était de nature traumatique. Le Prof. K.K.\_\_\_\_\_ a confirmé la présence du kyste, même si la description de son emplacement est différente; il ne s'est toutefois pas prononcé sur l'origine du kyste. En revanche, la Dresse M.M.\_\_\_\_\_ et le Dr N.N.\_\_\_\_\_ ont estimé qu'un tel kyste n'était, avec une vraisemblance prépondérante, pas d'origine accidentelle, car il s'agit en règle générale d'une anomalie congénitale (« entwicklungsbedingte Anomalie »). Il s'y ajoute qu'aucun médecin n'a établi un lien entre le kyste et les cervicalgies, cervicobrachialgies et cervicocéphalgies.

Le recourant se prévaut finalement de l'avis du Dr Q.Q.\_\_\_\_\_ du 25 octobre 2005 selon lequel la capacité de travail du recourant n'était influencée par aucun facteur non accidentel au regard du vaste dossier médical. Il ne s'agissait toutefois que d'un avis provisoire rendu avant les expertises du Centre S.\_\_\_\_\_ et du Dr H.H.\_\_\_\_\_. Dans la mesure où le SMR de l'assurance-invalidité a admis le 29 janvier 2009 les

conséquences neurologiques invalidantes de la malformation d'Arnold-Chiari suite à l'expertise du Dr H.H.\_\_\_\_\_, l'avis provisoire du Dr Q.Q.\_\_\_\_\_ du 25 octobre 2005 n'est pas déterminant.

Vu ce qui précède, il faut admettre que la malformation d'Arnold-Chiari a, avec une vraisemblance prépondérante, entraîné postérieurement au 30 octobre 2003 les cervicalgies, cervicobrachialgies et cervicocéphalgies dont le recourant a souffert. On peut laisser ouverte la question de savoir si le moment à partir duquel les symptômes de la malformation d'Arnold-Chiari sont devenus seuls déterminants pour l'évolution des cervicalgies, cervicobrachialgies et cervicocéphalgies doit être fixé déjà à l'accident du 30 octobre 2003, comme l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_ semble le soutenir (cf. réponses 4.5.1 et 4.5.2), ou quelques mois après l'accident du 4 octobre 2004, comme il ressort de l'expertise du Dr H.H.\_\_\_\_\_. Au plus tard au milieu 2004, les traumatismes résultant des accidents du 30 octobre 2003 et du 4 octobre 2004 n'étaient plus, avec une vraisemblance prépondérante, la cause déterminante pour ces atteintes à la santé.

**d)** Le recourant souffrait de vertiges. Selon le Dr H.H.\_\_\_\_\_, ceux-ci sont un symptôme de la malformation d'Arnold-Chiari. En revanche, la Dresse E.E.\_\_\_\_\_ a déclaré le 18 décembre 2011 que les vertiges étaient manifestement d'origine accidentelle sans toutefois préciser lequel parmi les accidents du recourant aurait pu les causer, ni pour quelle raison. Quand bien même les vertiges figurent parmi les symptômes typiques du coup du lapin tel que celui que le recourant a subi en tout cas le 30 octobre 2003, il faut considérer qu'à l'instar de ce qui vaut pour les cervicalgies, la malformation d'Arnold-Chiari est, avec une vraisemblance prépondérante, au plus tard quelques mois après l'accident du 4 octobre 2004 la cause des vertiges.

**e)** Le recourant souffrait de troubles lombaires. Une IRM lombaire réalisée le 3 janvier 2005 par l'Institut radiologique Q.\_\_\_\_\_ à Olten a mis en évidence une discopathie multisegmentaire des lombaires moyennes et inférieures avec une protrusion discale L4/L5 et L5/S1 sans

déplacement ou compression des structures neurales. Ces diagnostics ont été mentionnés dans l'expertise du Centre S. \_\_\_\_\_ au sein de l'anamnèse commune ainsi que dans l'anamnèse neurochirurgicale du Prof. Dr A.A. \_\_\_\_\_. Ni cet expert-ci ni les autres experts ne se sont prononcés expressément sur le lien de causalité entre les différents accidents et ces atteintes; on peut en revanche déduire de l'absence de mention de ces atteintes dans les diagnostics communs de l'expertise que les experts du Centre S. \_\_\_\_\_ ont considéré que l'absence de lien entre les plaintes lombaires et les différents accidents en cause était tellement évidente qu'il n'était même pas nécessaire de le spécifier. Dans une expertise privée du 18 mars 2005, le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a affirmé que le lien de causalité des symptômes cliniques (parmi lesquels il mentionnait une spondylose avec discopathie L4/L5 et L5/S1) et des syndromes somatoformes persistants avec les deux accidents du 30 octobre 2003 et du 4 octobre 2004 était quasiment certain; il ne fournissait toutefois aucune explication à l'appui de son affirmation. Le médecin d'arrondissement suppléant de l'assureur intimé a, pour sa part, déclaré le 27 mai 2008 que les douleurs lombaires n'étaient pas, avec une vraisemblance prépondérante, dans un lien de causalité avec l'accident du 30 octobre 2003, car les examens radiographiques avaient mis en évidence des troubles dégénératifs étendus des lombaires, mais aucun traumatisme. Sans attester une origine directement traumatique aux douleurs lombaires, le Dr F.F. \_\_\_\_\_ avait soutenu le 18 mai 2008 que ces douleurs étaient la conséquence d'un dysfonctionnement réactionnel au niveau lombaire suite à un déséquilibre vertébro-musculaire post-traumatique en raison des symptômes douloureux chroniques et d'une tendance à épargner les sections proximales de la colonne. La force probante de l'analyse du Dr F.F. \_\_\_\_\_ est toutefois réduite par le fait qu'il a affirmé que des facteurs non accidentels influent sur le processus de guérison sans préciser lesquels ni leur lien avec le dysfonctionnement réactionnel qu'il constatait. De plus, l'origine post-traumatique du déséquilibre musculaire et du syndrome douloureux dépend du lien de causalité reconnu pour les troubles au niveau cervical. Or, nous avons vu précédemment qu'au plus tard quelques mois (cf. considérant 5c supra) après l'accident du 4 octobre 2004 les symptômes de la malformation

d'Arnold-Chiari étaient devenus seuls déterminants pour l'évolution de l'état de santé du recourant. Si donc les douleurs lombaires ont été causées par un déséquilibre musculaire et un syndrome douloureux comme le soutenait le Dr F.F. \_\_\_\_\_, le facteur déterminant serait déjà bien avant 2008 les douleurs provoquées par la malformation d'Arnold-Chiari et non les accidents des 30 octobre 2003 et du 4 octobre 2004. Par ailleurs, une IRM réalisée le 24 février 2014 a mis en évidence une scoliose lombaire avec des modifications dégénératives sous la forme d'ostéochondrose légère à moyenne des lombaires inférieures ainsi que deux hernies discales aux niveaux L2/L3 et L5/S1. Point n'est donc besoin de trancher si les douleurs lombaires du recourant étaient, lors de la clôture du cas, la conséquence des troubles dégénératifs de la colonne ou celle d'un déséquilibre musculaire provoqué par les douleurs résultant de la malformation d'Arnold-Chiari. Elles n'étaient en revanche pas, avec une vraisemblance prépondérante, la conséquence des accidents des 30 octobre 2003 et du 4 octobre 2004, ni a fortiori celle des accidents du 27 décembre 2005 et du 1<sup>er</sup> avril 2006.

**f)** Selon l'expertise du Centre S. \_\_\_\_\_ (Prof. A.A. \_\_\_\_\_ et Dr B.B. \_\_\_\_\_), les troubles au niveau du visage, en particulier les atteintes à la sensibilité au niveau du secteur d'innervation des premières et deuxièmes branches du nerf trijumeau, les douleurs permanentes périorbitaires à gauche, l'anosmie, la diplopie et l'exophtalmie devaient être considérées comme étant avec une vraisemblance prépondérante dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006. A la question de savoir s'il y avait un facteur causal étranger à l'accident, les experts du Centre S. \_\_\_\_\_ ont répondu que la malformation d'Arnold-Chiari aurait, avec une vraisemblance prépondérante, porté atteinte à la capacité de travail du recourant. Ils n'ont toutefois ni expliqué cette influence de la malformation d'Arnold-Chiari ni précisé si cette référence à la malformation d'Arnold-Chiari se rapportait bien aux troubles déclarés comme étant dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006 ou aux autres plaintes déclarées sans lien avec cet accident (troubles de la fonction de mastication et maux de tête chroniques). De plus, la partie de l'expertise rédigée par l'expert en chirurgie maxillaire, le

Dr B.B.\_\_\_\_\_, attribue clairement un lien de causalité naturelle avec l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006 sans faire référence à la malformation d'Arnold-Chiari. Il faut en déduire que la réponse des experts du Centre S.\_\_\_\_\_ à la question relative au facteur causal étranger à l'accident doit être comprise non pas dans le sens que la malformation d'Arnold-Chiari a rompu le lien de causalité naturelle avec l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006, mais dans le sens que seule cette malformation était (encore) déterminante pour la capacité de travail du recourant. Comprise ainsi, l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_ est corroborée par l'avis des Drs I.\_\_\_\_\_ et P.P.\_\_\_\_\_ qui ont nié le 30 janvier 2012 que la malformation d'Arnold-Chiari puisse être la cause des douleurs au visage. Cette position n'est pas non plus contredite par l'expert mandaté par l'Office AI, le Dr H.H.\_\_\_\_\_, car celui-ci ne s'est pas prononcé sur le lien de causalité naturelle pour les atteintes au visage. C'est pourquoi les séquelles de la fracture complexe du milieu du visage, en particulier le syndrome douloureux et les troubles de la sensibilité au milieu du visage du côté gauche ainsi que l'anosmie et les troubles oculaires, doivent être considérées comme étant, lors de la clôture du cas, dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006.

Au regard de l'évaluation par le Dr J.J.\_\_\_\_\_ le 19 mars 2010 - selon lequel le recourant souffrait d'un problème myofonctionnel développé avec des points trigger dans pratiquement tout le visage et le cou, devant être traité par antidépresseur - et des Drs I.\_\_\_\_\_ et P.P.\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2012 - selon lesquels les douleurs au visage étaient atypiques et non spécifiques (« unspezifisch ») en l'absence d'une atteinte aux nerfs crâniens et d'une névralgie trigémique - le lien de causalité naturelle entre le syndrome douloureux et l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006 doit être considéré comme ayant été rompu postérieurement à la clôture du cas.

**g)** Le recourant souffrait d'atteintes à la fonction de mastication. Selon l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_, cette atteinte n'était pas la conséquence de l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006 mais celle d'un déséquilibre musculaire consécutif à un traumatisme cervical répété

(« primär als Folge einer muskulären Dysbalance bei Zustand nach wiederholtem HWS-Schleudertrauma zu werten »). Dans la mesure où l'évolution des cervicalgies, cervicobrachialgies et cervicocéphalgies a été régie au plus tard quelques mois après l'accident du 4 octobre 2004 par la malformation d'Arnold-Chiari (cf. supra consid. 5c), il faut en déduire que les atteintes à la fonction de mastication diagnostiquées lors des examens en juin 2007 résultent indirectement de la malformation d'Arnold-Chiari et n'ont pas une cause accidentelle.

**h)** Le recourant a souffert très tôt de troubles psychiques. Lors du séjour à la Clinique M.\_\_\_\_\_ du 23 juin au 28 juillet 2004, un trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs (ICD 10 F43.2) ainsi qu'un trouble dysfonctionnel avec phobie du mouvement (« dysfunktionale Verarbeitung bei Bewegungsphobie ») ont été diagnostiqués. Le diagnostic de trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs a été confirmé lors du séjour à la Clinique C.\_\_\_\_\_ du 4 juillet au 4 août 2005, même si la Dresse Z.\_\_\_\_\_ déclarait que la dépression était de degré moyen et que le lien avec le trouble de l'adaptation n'était que possible. Par la suite, une dépression a été diagnostiquée lors de l'hospitalisation du 30 mai au 1<sup>er</sup> juin 2006 à l'Hôpital R.\_\_\_\_\_. Selon le consilium psychiatrique du Dr C.C.\_\_\_\_\_ lors de l'expertise pluridisciplinaire du Centre S.\_\_\_\_\_, le recourant souffrait d'un épisode dépressif léger, mais un trouble de la personnalité narcissique léger était aussi soupçonné. Quant au Dr D.D.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assuré, il confirmait dans un rapport du 7 février 2008 le diagnostic posé lors du séjour à la Clinique M.\_\_\_\_\_.

Le Dr D.D.\_\_\_\_\_ a déclaré le 28 septembre 2008 que les plaintes psychiques du recourant étaient « en lien » avec les accidents du 30 octobre 2003, du 4 octobre 2004, du 27 décembre 2005 et du 1<sup>er</sup> avril 2006 (« stehen ... im Zusammenhang mit den Unfällen vom ... »). Il n'a toutefois précisé ni si ce lien est un véritable rapport de causalité naturelle ni les raisons pour lesquelles ces accidents auraient causé les troubles psychiques. Ce rapport du Dr D.D.\_\_\_\_\_ n'a donc qu'une force probante réduite. Comme cause de l'épisode dépressif, le Dr C.C.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il fallait prendre en considération principalement les douleurs

persistantes consécutives au traumatisme craniocervical, mais aussi le divorce qui n'avait pas été vraiment assimilé; en effet, on pouvait supposer que ce divorce avait constitué une charge suffisamment grave pour être dans un lien de causalité avec la perpétuation des douleurs.

Nous avons vu que les cervicalgies, cervicobrachialgies et cervicocéphalgies avaient au plus tard quelques mois après l'accident du 4 octobre 2004 une origine malade (cf. supra consid. 5c). Le lien de causalité naturelle établi par le Dr C.C. \_\_\_\_\_ entre l'épisode dépressif et les douleurs dues au traumatisme cervical n'est admissible au plus que pour le début des symptômes dépressifs, surtout que l'expertise du Centre S. \_\_\_\_\_ déclare que la malformation d'Arnold-Chiari était pleinement déterminante pour les cervicocéphalgies dès l'accident du 30 octobre 2003. Il faut en conclure que c'est avec les douleurs ressenties par le recourant, indépendamment de leur propre cause, que le lien de causalité doit être établi. D'ailleurs, dans la partie principale de l'expertise du Centre S. \_\_\_\_\_ (ch. 3.5.5), le Dr C.C. \_\_\_\_\_ avait mentionné comme cause de la dépression non le traumatisme cervical, mais les douleurs (« In ursächlicher Hinsicht sind in erster Linie die andauernden Schmerzen ... ») et se référait au syndrome douloureux au niveau des cervicales, du cou, de la tête et du genou. Or, si les douleurs encore ressenties par le recourant jusqu'à la clôture du cas le 30 septembre 2008 ont eu pour l'essentiel une origine malade (cervicalgies, cervicobrachialgies, cervicocéphalgies et lombalgies), certaines douleurs ont eu partiellement ou temporairement une origine accidentelle (syndrome douloureux au milieu du visage du côté gauche après l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006, voire le traumatisme cervical jusqu'à au plus tard quelques mois après l'accident du 4 octobre 2004). On ne peut donc pas exclure a priori que les troubles psychiques aient été, au moins à titre partiel, dans un lien de causalité naturelle avec les accidents du 30 octobre 2003, du 4 octobre 2004 et du 1<sup>er</sup> avril 2006. Point n'est toutefois besoin de trancher cette question, car, comme nous le verrons plus loin (au considérant 6), le lien de causalité adéquate doit être nié.

**i)** Le recourant a subi des lésions à des dents consécutivement aux accidents du 30 octobre 2003 et du 4 octobre 2004. Le lien de causalité naturelle a été admis par l'assureur intimé dans la décision attaquée et aucune pièce au dossier ne justifierait de remettre cette évaluation en question. Ces lésions avaient cependant été réparées avant la clôture du cas.

**j)** Le recourant demande la poursuite des prestations aussi pour les atteintes consécutives à l'accident du 27 décembre 2005. Or, cet accident n'a entraîné que la fracture de deux côtes. Aucune séquelle physique ne subsistait lors de la clôture du cas au regard des rapports médicaux.

**6.** Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 in limine). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a).

**a)** En cas d'atteinte à la santé physique, le lien de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des atteintes sans preuve d'un déficit organique. Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF

8C\_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; 8C\_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 avec référence).

**b)** En l'espèce, la question de l'existence du lien de causalité adéquate ne se pose que pour les atteintes subsistant lors de la clôture du cas qui étaient dans un lien de causalité naturelle avec les accidents du 30 octobre 2003, du 4 octobre 2004, du 27 décembre 2005 et du 1<sup>er</sup> avril 2006. Comme nous l'avons vu plus haut (cf. considérant 5 supra), il s'agit des troubles au niveau du visage consécutifs à la fracture complexe du 1<sup>er</sup> avril 2006 et, éventuellement, des troubles psychiques.

Selon l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_, les troubles au niveau du visage consécutifs à la fracture complexe du 1<sup>er</sup> avril 2006 avaient une genèse organique. Le lien de causalité adéquate avec cet accident lors de la clôture du cas doit donc être admis sans autre. En revanche, il convient d'examiner séparément le lien de causalité adéquate pour les troubles psychiques.

**c)** En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme craniocérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 ss, U 277/04 du 30 septembre 2005, et les références).

**d)** Il sera d'abord examiné l'hypothèse d'un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et les accidents de voiture du 30 octobre 2003 et du 4 octobre 2004.

**aa)** Selon la décision attaquée, la causalité adéquate devrait être examinée en fonction des critères prévus par l'ATF 115 V 133, au motif que la diversité des symptômes typiques du coup du lapin n'avait pas été constatée. Il ressort de l'expertise du Centre S. \_\_\_\_\_ que tant l'accident du 30 octobre 2003 que celui du 4 octobre 2004 ont entraîné un traumatisme cervical par distorsion (« Distorsion der Halswirbelsäule »). Il a été cependant exposé plus haut que seul celui du 30 octobre 2003 remplit les conditions jurisprudentielles pour qu'un lien de causalité naturelle avec les atteintes sans preuve d'un déficit organique soit reconnu (consid. 5b), mais que ce lien de causalité naturelle a été rompu au plus tard quelques mois après l'accident du 4 octobre 2004. Dans la mesure où un trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs avait été diagnostiqué dès le séjour à la Clinique M. \_\_\_\_\_ du 23 juin au 28 juillet 2004, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 30 octobre 2003 devrait être examinée au regard des critères pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme craniocérébral.

**bb)** Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme craniocérébral, ne sont pas relégués au second plan par une atteinte psychique, on applique par analogie les mêmes critères que pour une atteinte psychique, mais avec certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 9). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible;

- l'intensité des douleurs;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type « coup du lapin », il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv. consid. 3b).

**cc)** S'agissant de l'accident du 30 octobre 2003, l'analyse biomécanique a évalué l'accélération due au choc à une valeur entre 10 et 15 km/h. Selon la jurisprudence, une collision avec une différence de vitesse de moins de 10 à 15 km/h est rattachée en règle générale aux accidents moyennement graves, à la limite des accidents de peu de gravité (TF 8C\_644/2009 du 17 mars 2010 consid. 5.3 avec d'autres références). Au regard de l'absence d'atteinte physique organique (hormis une lésion à un appareil dentaire) et de l'absence de perte de connaissance, il n'y a pas lieu de s'écarter de la qualification comme un accident de gravité moyenne, à la limite du cas bénin. C'est à tort que le recourant déduit de l'existence d'une distorsion de la colonne que l'accident du 30 octobre 2003 a généré des « forces énormes » sur le recourant (cf. TF 8C\_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 5.3). De même, le fait que le recourant ait eu la tête tournée lors du choc n'est pas déterminant (TF U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 4.2).

On relèvera à titre subsidiaire que l'accident du 4 octobre 2004 n'aurait pas été qualifié différemment. En effet, une collision

ordinaire avec un véhicule à l'arrêt est considérée en règle générale comme un accident de gravité moyenne, à la limite du cas bénin (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5, in RAMA 2005 n° U 549 p. 236 consid. 5.1.2; TF 8C\_633/2007 du 7 mai 2008 consid. 6.2 in fine et 8C\_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.1). Même si le recourant a heurté avec sa tête la vitre frontale de sa voiture suite au choc, il n'y a pas d'élément au dossier indiquant un choc extraordinaire, surtout eu égard à l'absence de lésion organique hormis une lésion dentaire.

**dd)** L'accident de voiture subi par le recourant le 30 octobre 2003 n'a pas été particulièrement impressionnant ni n'a eu des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques. Il n'y a pas eu non plus d'erreur de traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles: le port continu de la minerve au-delà de la période médicalement recommandée - pratique qui avait été critiquée tant par le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, le 15 mars 2004 que par les médecins de la Clinique M.\_\_\_\_\_ lors du séjour du 23 juin au 28 juillet 2004 ne reposait pas sur une prescription médicale, puisque le médecin traitant du recourant, le Dr V.\_\_\_\_\_, affirmait le 19 mai 2004 que le recourant ne portait la minerve que la nuit et lors de fortes douleurs. Le recourant n'a pas non plus reçu de manière prolongée un traitement médical spécifique et pénible en relation avec les séquelles de l'accident du 30 octobre 2003; un traitement de physiothérapie et un traitement médicamenteux analgésique ne remplissent pas à eux seuls le critère. Quant à l'incapacité de travail, elle était déjà entière pour des raisons de maladie dès la fin du rapport de causalité naturelle, soit au plus tard quelques mois après celui du 4 octobre 2004 (cf. considérant 5c supra et l'expertise du Dr H.H.\_\_\_\_\_); de plus, l'expert psychiatre du Centre S.\_\_\_\_\_ a constaté que les atteintes psychiatriques n'avaient aucun effet sur la capacité de travail ou la capacité de prestation du recourant; cet avis n'était pas contredit par le Dr D.D.\_\_\_\_\_, car c'est sur la base d'une évaluation globale, somatique et psychiatrique, que ce médecin avait reconnu au recourant une incapacité totale de travail le 28 septembre 2008.

Une distorsion du rachis cervical ne constitue pas en soi une lésion d'une gravité ou d'une nature particulière (ATF 134 V 109 consid. 10.2.2). Contrairement à ce que soutient le recourant, une telle distorsion lorsque la tête est tournée pour vérifier si la voie est libre ne suffit pas non plus à elle seule pour remplir le critère, car il faudrait que cette position ait entraîné des complications particulières (TF 8C\_310/2010 du 29 juillet 2010 consid. 7.3). Tel n'est pas le cas en espèce. Le critère n'est donc pas rempli.

Reste le critère de l'intensité des douleurs. Selon la jurisprudence, ce critère requiert non seulement que l'assuré ait subi des douleurs qui, de manière plausible, le gênent considérablement dans la vie quotidienne, mais aussi que ces douleurs aient été présentes sans interruption notable entre l'accident et la clôture du cas (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). Vu la rupture du lien de causalité naturelle au plus tard quelques mois après l'accident du 4 octobre 2004 avec les cervicalgies, cervicobrachialgies et cervicocéphalgies, le critère de l'intensité des douleurs ne saurait être considéré comme rempli.

**ee)** Aucun lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et les accidents du 30 octobre 2003 et du 4 octobre 2004 ne peut dès lors être reconnu.

**e)** Examinons ensuite l'hypothèse d'un lien de causalité naturelle au moins partielle entre les troubles psychiques et l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006.

**aa)** En présence d'un accident de gravité moyenne qui, tel l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006, n'a pas entraîné un traumatisme du type « coup du lapin », un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme craniocérébral, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (ATF 115 V 133 consid. 6, 403 consid. 5c/aa).

**bb)** La gravité d'un accident s'apprécie d'un point de vue objectif, en fonction de son déroulement et des forces impliquées; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti et assumé le choc traumatique (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa; TF U 2/07 du 19 novembre 2007 consid. 5.3.1). La décision attaquée ne s'est pas prononcée sur la qualification de la chute du 1<sup>er</sup> avril 2006. L'assureur intimé l'a qualifié de banal dans les échanges d'écritures. En revanche, le recourant le considère comme étant grave.

La jurisprudence a qualifié d'accident de gravité moyenne n'étant pas à la limite des accidents de faible gravité une chute dans un escalier entraînant une contusion au front, une commotion cérébrale et un traumatisme craniocervical (TF U 366/06 du 23 mai 2007), une chute d'un étage avec choc du visage contre un appareil entraînant des fractures multiples de la mandibule et une fracture de l'os et de l'arcade zygomatique (TF 8C\_825/2008 du 9 avril 2009) ainsi qu'une chute en état d'alcoolisation dans un escalier avec commotion cérébrale, fracture de l'os nasal et déchirure cutanée à la racine du nez (TFA U 141/92 du 19 septembre 1994). Elle a en revanche qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité une chute dans un escalier de face sans fractures, mais avec distorsion cervicale (TF

8C\_798/2007 du 3 juillet 2006 consid. 4.1) ou contre l'arrière de la tête avec une probable commotion cérébrale (TF 8C\_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.2); il en est allé de même pour une chute d'une chenillette avec une fracture à peine déplacée de l'os nasal (TF 8C\_122/2010 du 21 mai 2010 consid. 5.1) ou une chute en inlineskate avec fracture de l'os zygomatique et de l'orbite oculaire ainsi qu'une commotion cérébrale (arrêt 8C\_492/2009 du 21 décembre 2009 consid. 10).

Dans la mesure où le recourant n'est pas tombé, de haut, puisqu'il se penchait pour boire de l'eau d'une fontaine, l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006 doit être qualifié de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, quand bien même la force du choc n'a pas été négligeable au regard de l'importance des fractures (fractures complexes de l'orbite gauche, des os maxillaires, de l'os nasal et du septum nasal). Cela vaut également si le recourant a perdu conscience lors de cet accident, d'autant que le rapport de sortie du 16 avril 2008 de l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ à Berne ne fait pas état d'une commotion cérébrale.

**cc)** En l'espèce, six critères ne sont pas remplis :

Une chute en se penchant pour prendre de l'eau ne saurait être considérée comme étant particulièrement impressionnante ni comme ayant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, même si elle a entraîné un choc au visage. Il n'y a pas eu non plus d'erreur de traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles. Quant à l'incapacité de travail, elle était déjà entière pour des raisons de maladie lors de la chute du 1<sup>er</sup> avril 2006 (cf. expertise du Dr H.H. \_\_\_\_\_) et sa durée n'a pas été influencée de manière déterminante par les lésions physiques dues à l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006.

Même si les fractures au visage du recourant étaient complexes, elles ne peuvent pas être considérées comme étant d'une gravité ou d'une nature particulière. La jurisprudence a en effet refusé de reconnaître que ce critère soit rempli dans un cas où l'assuré avait subi

des fractures multiples de la mandibule et une fracture de l'os et de l'arcade zygomatique (TF 8C\_825/2008 du 9 avril 2009).

Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il ne faut pas uniquement se fonder sur l'aspect temporel; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C\_361/2007 consid. 5.3 ; U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). Les fractures au visage ont été traitées par ostéosynthèse au début avril 2006. Le matériel d'ostéosynthèse a été retiré le 15 février 2007 sans complication. Même s'il en a résulté des difficultés respiratoires qui ont été traitées par chirurgie plastique le 10 avril 2008, le traitement médical n'a pas été anormalement long. Certes, l'accident a entraîné des troubles de la sensibilité, une anosmie, des troubles oculaires ainsi qu'un syndrome douloureux au niveau du visage, mais ces troubles n'ont pas fait l'objet d'un traitement médical spécifique.

Quant au critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, il n'est pas rempli. Les troubles de la sensibilité, l'anosmie, les troubles oculaires ainsi qu'un syndrome douloureux au niveau du visage sont des séquelles de l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006, mais ils n'ont pas empêché la guérison des fractures. Il en va de même pour les difficultés respiratoires consécutives à la fracture du nez. Le fait que le traitement des fractures n'a pas empêché le maintien de douleurs ne suffit pas (TF 8C\_15/2013 du 24 mai 2013 consid. 10 et 8C\_729/2012 du 4 avril 2013 consid. 8.6).

Selon la jurisprudence, le critère des douleurs physiques persistantes requiert que ces douleurs aient été présentes sans interruption notable entre l'accident et la clôture du cas (TF 8C\_15/2013

du 24 mai 2013 consid. 8 avec d'autres références). Il ressort de l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_ que le recourant se plaignait principalement de douleurs périorbitales et déclarait comme douloureuse au point d'être insupportable l'extrême sensibilité de la peau au niveau des parties molles de la joue (« Als sehr schmerzhaft wird eine extreme Berührungsempfindlichkeit der Haut im Bereich der linken Wangenweichteile beschrieben. » « Die klinische Untersuchung des Exploranden ist nur eingeschränkt möglich: [...] zum anderen aufgrund einer unerträglich schmerzhaft erlebten Berührungsempfindlichkeit der Wangenweichteile links »). La dysesthésie de la deuxième branche du nerf trijumeau a été diagnostiquée la première fois le 5 juillet 2006 à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ à Berne, soit trois mois après l'accident. Lors de l'hospitalisation à l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ du 30 mai au 1<sup>er</sup> juin 2006, il n'est pas fait état de douleurs spécifiques à la joue. Il ressort toutefois du rapport de sortie du 1<sup>er</sup> juin 2006 qu'un contrôle des fractures du visage par l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ à Berne a été organisé. On peut en déduire, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant souffrait déjà de douleurs. Le critère des douleurs physiques persistantes était donc rempli. En revanche, si la dysesthésie avait atteint lors de l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_ un degré élevé, rien ne démontre qu'il en allait de même depuis l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006. Le matériel d'ostéosynthèse a été retiré le 15 février 2007 sans complication. Le recourant n'avait donc manifestement pas des douleurs excluant un tel traitement, alors que, lors de l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_, ses douleurs au visage avaient rendu très difficile l'examen par le Dr B.B.\_\_\_\_\_. Si, lors de l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_, le critère des douleurs physiques importantes était rempli avec une certaine intensité, rien n'indique qu'il en est allé de même pendant toute la durée entre l'accident et la clôture du cas. On ne peut donc pas reconnaître à ce critère une intensité déterminante pour l'examen de la causalité adéquate.

En présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1). Plus

précisément, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (TF 8C\_622/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.1 et les références). Or, en l'espèce, un seul critère est rempli sans que l'on puisse lui reconnaître une intensité particulière. Le lien de causalité adéquate entre l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006 et les troubles psychiques n'est donc pas rempli. Vu ce qui précède, lors de la clôture du cas le 30 septembre 2008, aucune atteinte n'était encore dans un lien de causalité naturelle et adéquate avec les accidents du 30 octobre 2003, du 4 octobre 2004, du 27 décembre 2005 et du 5 septembre 2007. Seuls les troubles au niveau du visage consécutifs à la fracture complexe du 1<sup>er</sup> avril 2006 étaient, lors de la clôture du cas, dans un lien de causalité naturelle et adéquate avec cet accident.

**7.** La décision attaquée a mis un terme aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement au 30 septembre 2008. Le recourant demande en revanche la poursuite des prestations d'assurance.

**a)** Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 p. 115 et les références). L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 p. 115).

La poursuite d'un traitement médical amenant une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré avec effet sur la capacité de travail n'empêche la clôture du cas que si le traitement portait sur une atteinte à la santé qui était en lien de causalité avec l'accident assuré (TF 8C\_327/2010 du 22 juillet 2010 consid. 4.2).

L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1 avec références; TC 8C\_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2).

**b)** En l'espèce, il ressort des expertises du Centre S.\_\_\_\_\_ et du Dr H.H.\_\_\_\_\_ ainsi que de la prise de position du SMR de l'assurance-invalidité qu'aucun traitement n'apporterait une amélioration significative de la capacité de travail du recourant. Il s'y ajoute que, conformément à l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_, les troubles au niveau du visage consécutifs à la fracture complexe du 1<sup>er</sup> avril 2006 n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail du recourant, dans la mesure où seule la malformation d'Arnold-Chiari était (encore) déterminante pour la capacité de travail du recourant (cf. considérant 5f supra). Celui-ci reconnaît d'ailleurs dans son recours qu'il y a lieu de présumer qu'aucune amélioration ne peut être attendue d'autres mesures ou interventions médicales. Aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité étant encore prévue, c'est donc à juste titre que l'assurance intimée a clos le cas au 30 septembre 2008 et mis un terme aux indemnités journalières. Il en découle que c'est aussi à juste titre que la décision attaquée a mis un terme aux prestations en matière de traitement, les hypothèses de séquelles tardives ou de rechute demeurant réservées.

**c)** 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 (art. 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa

santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). En l'espèce, nous avons vu que les troubles au niveau du visage consécutifs à la fracture complexe du 1<sup>er</sup> avril 2006 n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail du recourant. Une rente d'invalidité n'était donc pas due.

**8.** La décision du 8 septembre 2008 a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 10 % en raison de l'atteinte au nez (« für die verbliebene Verletzung an der Nase ») lors de l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006. La décision sur opposition a rejeté l'opposition contre cette décision sans prendre position expressément sur les conclusions de l'assuré dans son opposition demandant l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison des lésions aux dents et pour la distorsion de la colonne cervicale. Le recourant a renouvelé ses conclusions tendant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité aussi en raison des lésions aux dents et pour la distorsion de la colonne cervicale. Il demande également une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison des séquelles oculaires de l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2<sup>e</sup> éd., 2007, n° 229). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 n° U 514 p. 415, U 134/03 du 12 janvier 2004, consid. 5.2; RAMA 2000 n° U 362 p. 41, U 360/98, consid. 1).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (cf. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009, in : SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; voir également Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, op. cit., n° 235).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb; 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; 116 V 156 consid. 3a; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96, consid. 2a).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 n° U 514 p. 415, U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

**b)** Le recourant soutient que les douleurs lors de la mastication sont en lien avec les dommages aux dents et ont pour origine les nombreux traumatismes au niveau de la colonne. Selon la table 15.2 de la CNA (version 2003), une grave atteinte à la capacité de mastiquer justifie une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 %. Or, il a été constaté que les atteintes à la fonction de mastication n'ont pas de lien de causalité naturelle avec les accidents du 30 octobre 2003, du 4 octobre 2004, du 27 décembre 2005, du 1<sup>er</sup> avril 2006 et du 5 septembre 2007 (cf.

considérant 5g supra). Aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est donc due à ce sujet.

**c)** Le recourant soutient qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité est due en raison de la distorsion de la colonne cervicale lors des accidents du 30 octobre 2003 et du 4 octobre 2004. Or, une distorsion de la colonne sans lésion organique, comme c'est le cas en l'espèce, n'est pas constitutive d'une atteinte durable au sens de l'art. 24 al. 1 LAA.

**d)** Le recourant a déclaré dans son recours souffrir d'un strabisme consécutivement à l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006, ce qui l'empêchait d'exercer la fonction de chauffeur pour laquelle il avait été formé. A son avis, les atteintes oculaires étaient durables et importantes, justifiant une indemnité pour atteinte à l'intégrité même s'il n'a pas présenté de conclusion formelle en ce sens. Vu l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties, de sorte que l'absence de conclusion formelle sur ce point n'empêche pas de statuer sur cette demande.

Le rapport du 1<sup>er</sup> juin 2007 de la division d'orthoptie de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ à Berne a nié l'existence d'un strabisme du recourant. Une telle atteinte n'a pas non plus été diagnostiquée par l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_ ou par le Dr J.J.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 mars 2010. Tant le rapport du 1<sup>er</sup> juin 2007 que l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_ et le rapport du Dr J.J.\_\_\_\_\_ relevaient en revanche une diplopie, c'est-à-dire la perception simultanée de deux images d'un simple objet.

Selon le ch. 8 de la table 11 de la CNA concernant les lésions oculaires (révision 1998, feuillet 11.4), une diplopie justifie, dans les cas graves, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 à 30 %, selon la situation et l'étendue du champ concerné.

L'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_ a fixé à 10 % le taux de la perte d'intégrité sans spécifier les atteintes concernées ni les motifs de ce taux (cf. ch. 4.10.1 de l'expertise). Certes, la diplopie figure parmi les

diagnostics, mais on ignore si elle est incluse dans les atteintes motivant la proposition de taux de 10 %, si elle est grave et quelle est sa situation et son étendue.

L'assureur intimé s'est fondé sur cette expertise pour reprendre le taux de 10 % dans sa décision du 8 septembre 2008 en précisant que cela concernait les lésions subsistantes du nez consécutives à l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006. Prise à la lettre, cette indication semble exclure la diplopie puisque le Dr B.B.\_\_\_\_\_ avait déclaré dans l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_ qu'une diplopie peut être observée suite à une lésion de l'orbite avec asymétrie post-traumatique de l'orbite osseuse. La décision sur opposition du 27 décembre 2011 ne s'est pas prononcée sur le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans sa réponse au recours, l'assureur intimé a déclaré qu'aux termes de l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_ seules les séquelles de l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2006 justifiaient une perte d'intégrité dont le taux a été estimé à 10 %. Or, l'art. 24 al. 1 LAA exige que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité soit exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel et que le taux soit, dans la mesure du possible, le même pour tous les assurés présentant un status médical identique. Cette exigence ne peut pas être respectée si les motifs de fixation du taux restent obscurs. En l'espèce, il est impossible de contrôler le taux d'atteinte à l'intégrité fixé dans la décision du 8 septembre 2008 et confirmé par la décision sur opposition du 27 décembre 2011.

**e)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir

l'état de fait; cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2).

Au vu des circonstances du cas d'espèce, il apparaît justifié de renvoyer le dossier à la CNA pour que celle-ci en complète l'instruction en ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avant de prendre une nouvelle décision. Le dossier ne permet en effet pas de déterminer dans quelle mesure une telle indemnité est justifiée dans le cas d'espèce.

**9. a)** Vu ce qui précède, la décision attaquée doit être annulée en ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et confirmée pour le reste. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. Le recourant, qui n'obtient que partiellement gain de cause, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'000 fr., TVA comprise, en tenant compte de l'importance et de la complexité du litige ainsi que de l'admission partielle du recours (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD).

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il ne sera pas perçu de frais judiciaires.

**c)** Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jörg Zurkirchen à compter du 18 avril 2012 (art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé

en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique le tarif horaire de 180 fr. pour un avocat.

Me Zurkirchen a produit la liste de ses opérations faisant état d'un temps consacré à la défense du recourant de 87 heures et de 438 fr. de débours. Après examen, il apparaît que ce montant contient des heures étrangères à la présente cause ou du moins pas en relation directe (cf. notamment 6 heures postérieures à la dernière écriture datée du 11 avril 2014 du recourant; rédaction de courriers et contacts avec, respectivement au sujet de l'Office AI, la commune de T.T.\_\_\_\_\_, l'Assurance U.U.\_\_\_\_\_, du deuxième et troisième pilier, concernant une détention). Dans le cadre de la rédaction du recours de 14 pages (dont 5 pages pour le rubrum et un résumé de l'état de fait) en français et allemand environ 30 heures ont été retenues, bien que le conseil était déjà impliqué lors de la procédure administrative. Il y a des opérations, comme des contacts avec Me [...], qui ne respectent pas la limitation contenue dans la décision d'octroi de l'assistance judiciaire du 14 mai 2012, selon laquelle le conseil d'office a été désigné aux conditions d'un avocat sis sur le territoire du canton de Vaud (traduction manifestement en allemand de la réponse au recours, de la duplique et de différents autres documents adressés à l'avocat par le Tribunal). En outre, la quarantaine d'heures consacrées par l'avocat à l'échange d'écritures après le dépôt en français de son recours dépasse largement ce qui était nécessaire pour la conduite du procès, même eu égard aux difficultés de la présente cause, d'autant que la plupart des écritures du recourant comportaient à peine plus de deux pages.

Le défraiement équitable doit être fixé à 26 heures à 180 fr. Ainsi, Me Zurkirchen a droit à un montant de 4'680 fr. et 100 fr. de débours (art. 3 al. 3 RAJ). La TVA de 8 % en sus, le montant total arrondi est de 5'162 francs. Toutefois, il y a lieu d'en déduire le montant de 1'000

fr. pour tenir compte de l'indemnité de dépens due par l'intimée. L'indemnité d'office s'élève donc à 4'162 francs.

On précisera encore qu'en l'absence de liste de débours et du fait que les opérations annoncées contiennent maintes positions sans rapport direct avec la cause, il se justifie de fixer l'indemnité forfaitaire de 100 fr. pour les débours, sans qu'il y ait lieu de retenir un montant plus élevé. Une telle solution se justifie également au regard des écritures déposées dans le cadre de la procédure judiciaire et du fait que le conseil représentait déjà le recourant au stade de la procédure administrative pour laquelle aucune indemnité n'est octroyée.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, tandis qu'il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement correspondantes (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 27 décembre 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) est annulée en ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et la cause renvoyée à la CNA pour nouvelle décision sur ce point dans le sens des considérants. La décision sur opposition du 27 décembre 2011 est confirmée pour le reste.
- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) versera au recourant la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens réduits.
- V.** Les dépens sont complétés par une indemnité d'office de 4'162 fr. (quatre mille cent soixante-deux francs), TVA comprise, allouée à Me Jörg Zurkirchen, conseil du recourant.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité de conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jörg Zurkirchen, avocat (pour H. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :