

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 août 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Magnin, juge suppléante, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourant, représenté par Me Eric Muster, avocat à
Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assuré), né en 1962, travaillait depuis juin 2006 en qualité d'agent de train (contrôleur) auprès des CFF. A ce titre, il était assuré contre le risque accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 7 avril 2010, l'assuré a fait une chute dans la salle de bain, se blessant à l'arcade sourcilière droite et à la tête. Il a été transporté en ambulance à l'Hôpital de [...] où les médecins ont suturé la plaie de l'arcade sourcilière. Un CT-Scan cérébral, réalisé le jour même puis le 13 avril suivant, n'a révélé ni lésion ou hémorragie intracrânienne ni collection juxtale-durale.

L'assuré a été en incapacité de travail totale du jour de l'accident jusqu'au 1^{er} juillet 2010, date à laquelle il a repris une activité adaptée à 50%. Le 26 août 2010, il a cessé toute activité en raison de la persistance de céphalées et de symptômes sensitifs hémicorporels droits.

Le Dr G._____, spécialiste en neurologie, a vu l'assuré en consultation le 3 septembre 2010 à la demande du Dr V._____, chef de clinique adjoint du service de psychiatrie de liaison à l'Hôpital de [...] et médecin traitant depuis 2009. Dans son rappel anamnestique, le Dr G._____ a décrit un assuré souffrant d'un état dépressif depuis plusieurs années et ayant des antécédents de traumatisme crânien et d'épilepsie. Il a indiqué que l'assuré aurait développé, dès l'accident, des hémicrânies et troubles sensitifs, facilement déclenchés par des situations de stress et de contrariétés. Les céphalées étaient à caractère pulsatiles, accompagnées de nausées et de sono-photophobie, obligeant souvent le patient à rester au calme. Le Dr G._____ a par ailleurs fait état de ce qui suit:

"Ce patient présente donc des hémicrânies droites post-traumatiques évoluant depuis maintenant 4 mois, qui ont des caractéristiques migraineuses mais qui sont tout de même atypiques de par leur survenue quotidienne, sans antécédents de migraines,

qui de plus [sont] associées à des troubles sensitifs hémicorporels droits.

L'examen neurologique met tout de même en évidence des signes de latéralisation à droite, mais qui sont un peu atypiques, pouvant éventuellement évoquer un phénomène plutôt fonctionnel.

Quoiqu'il en soit, j'ai préféré organiser une IRM cérébrale qui a eu lieu à l'hôpital de [...] le 10.09.10 et qui n'a montré que quelques rares hypersignaux T2 en FLAIR de la substance blanche frontale antérieure bilatérale, non spécifiques déjà anciens, sans caractère évolutif et sans séquelle hémorragique traumatique ancienne [...]. Il n'y a donc pas de lésion cérébrale permettant d'expliquer cette symptomatologie hémicorporelle droite qui évoque, comme signalé ci-dessus, une atteinte plutôt d'ordre fonctionnelle.

Pour ce qui est des céphalées, il s'agit de céphalées qui ont les caractéristiques d'une migraine mais qui sont tout de même atypiques dans le sens qu'elles sont présentes de manière quotidienne depuis le traumatisme et qu'elles n'ont jamais été présentes auparavant, les migraines post-traumatiques survenant le plus souvent dans un contexte d'anciennes migraines."

Le Dr G._____ a indiqué que le Dr F._____, spécialiste en neurologie et en médecine physique et réadaptation, avait rencontré l'assuré le 1^{er} juin 2010 et également relevé la présence d'hémicrâniées droites avec des troubles sensitifs hémicorporels droits qu'il attribuait à une origine post-traumatique. Il ajoutait que l'examen neurologique du Dr F._____ était décrit comme normal, hormis des troubles sensitifs subjectifs au niveau de l'hémicrâne gauche et au niveau du membre supérieur droit.

Une IRM cervicale, réalisée le 24 septembre 2010, n'a révélé aucune lésion significative.

Dans un rapport médical du 20 octobre 2010 à la CNA, la Dresse Z._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin à l'Hôpital de [...], a précisé que l'assuré avait fait une "chute de sa hauteur sur hypotension d'origine médicamenteuse" et que l'intoxication médicamenteuse (benzodiazépine, traitement habituel) était volontaire et avait favorisé l'accident.

Dans le rapport établi le 6 décembre 2010 par R._____, enquêteur de la CNA, à la suite d'un entretien au domicile de l'assuré, il est mentionné notamment ce qui suit:

"Le 7 avril 2010, en raison d'un épuisement qu'il met en relation avec le travail et de nombreux soucis personnels, M. L._____ pris des BZD sans pouvoir préciser plus loin. N'arrivant pas à dormir, il a appelé le médecin de garde qui est venu le même 7 avril 2010 vers 04h00 du matin. Ce dernier a simplement confirmé l'état d'épuisement et conseillé du repos.

C'est en début d'après-midi que M. L._____, alors dans sa salle de bain, s'est senti mal et a chuté, se tapant l'arcade sourcilière droite au lavabo puis la tête côté droit contre le WC avant de se retrouver au sol. Il a alors tenté de se relever mais est retombé.

C'est l'ambulance qui l'a amené à l'HZ [...] où on a soigné la plaie puis conseillé un séjour de repos à l'hôpital de [...], ce que M. L._____ a accepté. Il a terminé cette cure le 22 avril 2010."

Le 7 décembre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), invoquant une "atteinte à toute la partie droite du corps, principalement au niveau de la tête" depuis avril 2010.

Le 21 décembre 2010, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident non professionnel du 7 avril 2010.

Dans une communication du 6 mai 2011, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il allait examiner son droit à une rente, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'étant possible en raison de son état de santé.

Par décision du 13 octobre 2011, la CNA a mis fin à ses prestations avec effet au 20 septembre 2011, au motif qu'aucun lien de causalité avéré ou probable ne pouvait être établi entre l'accident du 7 avril 2010 et les troubles actuels.

L'assuré s'est opposé à la décision précitée le 14 novembre 2011. Il soutenait l'existence d'un lien de causalité entre la chute du mois d'avril et les maux de tête dont il souffrait actuellement.

Le 1^{er} février 2012, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à une appréciation médicale, se fondant essentiellement sur le rapport du Dr G._____ du 3 septembre 2010, celui de la Dresse Z._____ du 20 octobre 2010 et sur le rapport d'enquête du 6 décembre 2010. Après avoir rappelé les éléments essentiels de ces rapports, le Dr W._____ a émis l'appréciation suivante:

"En fonction des éléments précités, nous pouvons affirmer que la chute qu'a faite l'assuré le 7 avril 2010 n'a entraîné aucune lésion structurelle (scan cérébral du 7.04.2010 et IRM cérébrale du 10.09.2010 sans lésion structurelle en relation avec l'accident).

Cette chute de sa hauteur n'a pas entraîné d'amnésie circonstancielle si l'on en croit la description qu'a faite l'assuré de la chute lors de l'enquête du 6.12.2010. Il n'y a donc probablement eu qu'un traumatisme crânien simple.

En dehors d'une probable intoxication aux benzodiazépines, seule une plaie de l'arcade sourcilière D de 1,5 cm a été mise en évidence aux urgences de l'Hôpital de [...] le jour de la chute.

Cette chute en fonction des renseignements ci-dessus, ne pouvait plus être mise en rapport avec quelque symptomatologie somatique que ce soit, au plus tard six semaines après avoir eu lieu, et l'éthologie de symptomatologie douloureuse qu'a développée le patient doit être cherchée ailleurs."

Par décision sur opposition du 29 février 2012, la CNA a rejeté l'opposition et maintenu sa décision du 13 octobre 2011, se référant au rapport du 1^{er} février 2012 du Dr W._____.

B. L._____ a formé recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 30 mars 2012, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que les prestations d'assurance-accidents soient reconnues au-delà du 20 septembre 2011, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée. Il faisait grief à l'intimé de ne pas reconnaître le lien

de causalité entre l'événement assuré et les douleurs actuelles. Il requérait en outre la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

Dans sa réponse du 18 mai 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la demande de mesure d'instruction complémentaire.

Dans ses déterminations du 11 juin 2012, le recourant a fourni des explications complémentaires relatives à sa médication.

Le 25 juin 2012, l'intimée a indiqué renoncer à dupliquer.

C. Le dossier de la procédure ouverte par l'OAI a été produit ceans le 16 juillet 2012. Le 11 septembre suivant, l'intimée a indiqué que le dossier de l'assurance-invalidité n'apportait pas d'éléments susceptibles de modifier sa position et maintenait les conclusions prises dans ses écritures antérieures. Le recourant ne s'est pas déterminé.

Il figurait notamment dans le dossier de l'OAI un rapport établi le 2 juin 2010 par le Dr F. _____, lequel se prononçait comme suit sur l'accident du 7 avril 2010:

"Le patient consulte suite à son traumatisme crânien, en raison de céphalées et de troubles de la sensibilité persistants. A l'examen clinique, on met en évidence une hypoesthésie du territoire du V1, qui pourrait être secondaire à la contusion de l'arcade sourcilière, régressif au cours du temps. Quant à ses céphalées et ses douleurs du MSD, elles sont certainement en relation avec le traumatisme crânien. Par rapport à ce traumatisme crânien, il n'y a aucun signe pour une atteinte du système nerveux central, l'examen neurologique pouvant être considéré dans les limites de la norme. Il s'agit vraisemblablement des suites du traumatisme crânien pour lesquelles peut-être un traitement anti-inflammatoire pourrait être plus efficace que le Dafalgan®. Ses douleurs sont vraisemblablement aussi en relation avec son état psychologique, mais j'ai tenté de rassurer le patient."

Le 3 août 2011, le Dr O. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré depuis 1993, a adressé son rapport à l'OAI. Il indiquait que la cause de l'incapacité de travail était

d'origine malade et posait le diagnostic affectant la capacité de travail d'état anxiodépressif avec insomnie existant depuis 2003.

Le Dr V. _____ a remis son rapport à l'OAI le 27 février 2012. Il mentionnait que l'incapacité de travail du recourant était due à une cause d'origine malade et posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent depuis 2002, avec un premier tentamen médicamenteux à cette date. Dans un complément au rapport, le Dr V. _____ expliquait que le recourant était suivi par un psychiatre depuis 2002, et par lui-même depuis 2009. Durant la période précédant l'accident, il avait été difficile au recourant de trouver une stabilité psychique et à la suite de l'accident, il avait séjourné deux semaines à l'Hôpital psychiatrique de [...]. Après avoir repris le travail à 50%, il s'était rapidement retrouvé confronté aux mêmes difficultés qu'avant l'accident, avec en plus des céphalées occipitales droites (hémicrânie droite) associées à des douleurs aux membres supérieur et inférieur droits. Il a cessé toute activité à la fin du mois d'août 2010. Le Dr V. _____ a expliqué que ces crises douloureuses se produisaient avec une fréquence et une intensité qui augmentaient au fil du temps et dans des circonstances de plus en plus nombreuses, non seulement dans les situations où le patient était sous stress mais aussi notamment en cas de forte lumière ou de bruits. Le recourant avait séjourné une nouvelle fois à l'Hôpital de [...] d'avril à juin 2011, pour une décompensation anxieuse et dépressive.

Le Dr Q. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité, a fait part de son avis le 9 mars 2012, s'exprimant en ces termes:

"Le bilan neurologique, scanner crânien, IRM, ne montrent pas d'anomalie très particulière en relation avec le traumatisme. Il [l'assuré] est hospitalisé pendant une dizaine de jours à [...] en psychiatrie.

Le Dr V. _____, psychiatre de l'hôpital de [...], dans son rapport du 27.02.2012, porte le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. Il existe une diminution de la résistance au stress et une diminution de l'attention. Ceci varie en fonction des crises au sein du couple.

Le Dr G. _____, neurologue, dans son rapport du 12.01.2011, nous envoie une lettre du 03.09.2010 qui mentionne alors que l'assuré a des hémicrâniées droites avec des paresthésies de l'hémicrâne droit mais aussi du membre supérieur et du membre inférieur, atténuées par le Temesta®. En fait aucun diagnostic précis n'est posé. Les signes de latéralisation droites sont atypiques et peuvent correspondre à un phénomène fonctionnel."

Le 16 novembre 2012, le recourant a remis à la Cour de céans deux pièces complémentaires - figurant déjà au dossier -, soit le rapport du Dr G. _____ du 3 septembre 2009 et le rapport du Dr F. _____ du 2 juin 2010. Il a également requis que le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale, et le physiothérapeute K. _____ soient invités à déposer leurs rapports récents à son sujet. En outre, il a relevé ne jamais avoir été convoqué par l'intimée pour une visite médicale, de sorte que la décision n'avait été rendue que sur dossier.

L'intimée a renoncé à se déterminer sur le courrier précité, considérant qu'il n'apportait aucun élément nouveau.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53 confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à bénéficier, au-delà du 20 septembre 2011, de prestations de l'assurance-accidents. Il s'agit particulièrement de déterminer s'il subsiste un lien de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes à la santé présentées par le recourant et l'événement assuré du 7 avril 2010.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident 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 (art. 4 LPGGA).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non

de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 3.1 et les références).

En cas d'état maladif antérieur, s'il y a lieu d'admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références citées); le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_42/2009 du 1er octobre 2009, consid. 2.2). L'examen de l'existence d'un lien de causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références citées; TFA U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 3 et la référence citée).

b) Cela étant, en matière de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral 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 qui présente de multiples plaintes, pour autant que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9; TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 2.2 et les références).

Ainsi, la première question à résoudre est celle de savoir si les caractéristiques d'un traumatisme de type "coup du lapin" ont été diagnostiquées dans un cas d'espèce. Le tableau clinique caractéristique retenu par la jurisprudence à ce propos fait état des plaintes suivantes: maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vue, irritabilité, altération de la sensibilité, dépression, modification de la personnalité et plaintes multiples. Par ailleurs, des douleurs cervicales doivent nécessairement se manifester dans un délai de 72 heures après l'événement accidentel pour que l'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle avec ce dernier (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 et les références). Enfin, le mécanisme accidentel doit être propre à provoquer de tels troubles (cf. ATF 117 V 359 consid. 4b; Jean-Michel Duc, La jurisprudence des assurances sociales concernant les traumatismes cervicaux, RSAS 2008 p. 58).

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

2009 consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

b) Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral. En effet, lorsque l'existence d'un tel traumatisme est établie, il faut, si l'accident est de gravité moyenne, examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 359 consid. 6a et 369 consid. 4b, sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a, dernier paragraphe; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv. consid. 3b). En revanche, dans les autres cas, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité doit se faire, pour un accident de gravité moyenne, sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa.

Si les lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont toutefois reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, ce sont les critères énumérés aux ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a).

La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime (cf. TF U 18/07 du 7 février 2008 consid. 3.2). Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement, à savoir les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les

accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même, en fonction de son déroulement.

Selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave; en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants:

- 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.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat

des troubles psychiques de l'assuré soit admis (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

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

Par ailleurs, la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (TFA U 492/00 du 31 juillet 2001 consid. 3d; cf. également TF 9C_794/2008 du 21 août 2009 consid. 2.3).

Finalement, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

6. En l'occurrence, le recourant soutient que les troubles dont il souffre actuellement sont encore en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 7 avril 2010. L'intimée quant à elle est d'avis que le rapport de causalité a cessé d'exister au-delà du 20 septembre 2011.

a) Les différents médecins interpellés ont reconnu que le recourant avait probablement subi un traumatisme cranio-cérébral simple sans preuve d'une lésion objectivable. Le Dr F._____ a expliqué que le recourant l'avait consulté à la suite de son traumatisme crânien, en raison de céphalées et de troubles de la sensibilité persistants, et que les céphalées et les douleurs du membre supérieur droit étaient certainement en relation avec le traumatisme crânien. Quant au Dr W._____, il a indiqué que le recourant avait probablement eu un traumatisme crânien simple. Les CT-Scan des 7 et 13 avril 2010 et les IRM des 10 et 24 septembre 2010 n'ont pas révélé de lésion cérébrale ou d'hémorragie. Selon le Dr F._____, aucune atteinte du système nerveux central ni lésion cérébrale ou hémorragie n'a pu être constatée et l'examen

neurologique était dans les limites de la norme. Le Dr G._____ a indiqué en septembre 2010 que l'IRM n'avait pas permis de mettre en évidence de lésion permettant d'expliquer la symptomatologie que présentait le patient. Selon le Dr Q._____, aucun diagnostic précis n'a été posé et le Dr W._____ a affirmé que la chute qu'a faite l'assuré le 7 avril 2010 n'avait entraîné aucune lésion structurelle.

Le dossier médical ne relevant pas d'atteintes structurelles traumatiques de l'accident du 7 avril 2010, aucun déficit structurel organique ne permet de justifier les plaintes alléguées par le recourant. Il est dès lors nécessaire d'examiner si ce dernier présente un tableau clinique typique d'un traumatisme de type "coup du lapin". Le recourant a développé certains des symptômes qui font partie du tableau typique des traumatismes cervicaux et cranio-cervicaux, à savoir des céphalées (hémicrânies droites), des nausées, des sono-photophobies, des troubles sensitifs hémicorporels et des troubles dépressifs. Ainsi, le Dr V._____ a expliqué en février 2012 que les crises douloureuses du recourant se produisaient avec une fréquence et une intensité qui augmentaient au fil du temps et dans des circonstances de plus en plus nombreuses, non seulement dans les situations où le patient était sous stress mais aussi notamment en cas de forte lumière ou de bruits. Néanmoins, en ce qui concerne les hémicrânies à caractéristiques migraineuses, elles ont été considérées comme atypiques par le Dr G._____, les migraines post-traumatiques survenant le plus souvent dans un contexte d'anciennes migraines, dont le recourant ne souffrait pas avant l'accident. Par ailleurs, il ne ressort pas clairement du dossier que les troubles précités soient apparus dans les 72 heures après l'accident. Quant au mécanisme accidentel, on peut difficilement admettre qu'il ait été propre à provoquer l'intensité des troubles dont souffre le recourant. En effet, le fait de heurter sa tête à l'occasion d'une chute de hauteur d'homme au lavabo puis au WC n'a provoqué qu'une entaille de 1,5 cm et vraisemblablement un traumatisme cranio-cérébral simple.

Si le rapport de causalité naturelle a pu être admis durant une certaine période consécutive à l'accident, il ressort des appréciations

médicales ci-dessus que la composante psychique des troubles du recourant est importante et qu'elle préexistait à l'accident. On peut donc se demander si le statu quo ante vel sine n'était pas largement atteint à la date du 20 septembre 2011, soit un an et demie après l'accident. Il est à relever que le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr W._____, a déclaré en février 2012 que la chute ne pouvait plus être mise en rapport avec quelque symptomatologie somatique que ce soit, au plus tard six semaines après avoir eu lieu et que l'étiologie de la symptomatologie devait être recherchée ailleurs. Cependant, la question de savoir si les plaintes persistantes alléguées par le recourant sont en lien de causalité naturelle avec l'accident peut demeurer indéterminée, l'existence d'un lien de causalité adéquate devant de toute manière être niée, comme il est démontré dans ce qui suit.

b) S'agissant de l'examen de la causalité adéquate, il résulte du dossier médical que les troubles ressentis par le recourant consécutivement à l'accident, soit les hémicrâniées et les troubles sensitifs, ont été rapidement accompagnés par des troubles d'ordre psychique croissants, lesquels préexistaient à l'accident. Rapidement, une discordance a été constatée par les médecins intervenants entre les observations médicales et l'étendue des plaintes émises par l'intéressé. Une prise en charge sur le plan psychique a été effectuée, le recourant ayant séjourné à l'hôpital psychiatrique de [...] consécutivement à l'accident, puis à nouveau d'avril à juin 2011. En juin 2010 le Dr F._____ a précisé que les douleurs de l'assuré étaient vraisemblablement aussi en relation avec son état psychologique. Dans son rapport du 3 septembre 2010, le Dr G._____ a indiqué que le recourant souffrait depuis plusieurs années d'un état dépressif. En août 2011, le Dr O._____ était d'avis que la cause de l'incapacité de travail du recourant était d'origine malade (état anxio-dépressif). Il ressort des deux rapports du 27 février 2012 du Dr V._____ que le recourant était suivi depuis 2002 par un psychiatre et pour une décompensation anxieuse et dépressive. Le spécialiste a également indiqué que l'incapacité de travail du recourant était due à une cause d'origine malade.

L'ampleur des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail n'ont pas trouvé d'explication claire, aux yeux des médecins, dont les médecins traitants du recourant, dans les seules suites de l'événement accidentel, des facteurs étrangers jouant un rôle significatif dans l'évolution du cas. La surcharge psychogène a très certainement déterminé l'étendue des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail. Les conséquences de l'événement accidentel relativement mineur ont donc été majorées par des facteurs psychiques étrangers à l'accident. Etant donné qu'il s'agit de se prononcer sur l'obligation de l'intimée de prendre en charge, au-delà du 20 septembre 2011, les troubles persistant décrits ci-dessus, il convient donc de faire application de la jurisprudence relative aux troubles du développement psychique (cf. consid 4b supra).

c) En l'occurrence, l'accident du 7 avril 2010 doit à l'évidence être classé parmi les accidents de gravité moyenne, à la limite inférieure proche des accidents de peu de gravité. En effet, il n'y a pas eu de caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ni de circonstances particulièrement dramatiques. Il s'agit d'une chute de hauteur d'homme, au domicile du recourant. Son hospitalisation subséquente était principalement liée à son état d'épuisement et non à l'accident lui-même. Quant aux atteintes subies, soit un traumatisme crânien simple avec une blessure à l'arcade sourcilière de 1,5 cm, ils ne sauraient être qualifiées d'atteintes graves à la santé. Le dossier d'imagerie médicale n'a pas permis de révéler de lésion ou hémorragie et l'examen neurologique était dans les limites de la norme. Les troubles ressentis par le recourant, soit les céphalées et les troubles sensitifs ne sont pas non plus d'une gravité telle qu'ils aient été de nature à entraîner des troubles psychiques. Il n'y a pas non plus eu d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, ni de complications importantes. Par ailleurs, on ne saurait parler de durée anormalement longue du traitement médical et de persistance des douleurs physiques induits par le seul trouble physique, soit la plaie à l'arcade sourcilière. En ce qui concerne les céphalées et les troubles sensitifs dont on ne doute nullement de leur ressenti par le recourant, les deux critères précités doivent être relativisés en l'espèce.

En effet, les plaintes sont atypiques, suggestives d'une composante psychogène aux troubles présentés. De surcroît, les douleurs varient en intensité, en fonction du stress, de la lumière ou du bruit auxquels est soumis le recourant comme l'indique le Dr V. _____ dans son rapport du 27 février 2012. Quant au dernier critère, celui de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, ce dernier n'est pas rempli. En effet, le recourant a repris le travail à mi-temps au terme d'une période de deux mois après l'accident. Ainsi que cela a été explicité ci-dessus, l'arrêt de toute activité à la fin du mois d'août 2010 doit être mis en relation avec la composante psychogène des troubles du recourant. Tant le Dr O. _____ que le Dr V. _____, tous deux médecins traitants du recourant, ont indiqué que la cause de l'incapacité de travail de leur patient était d'origine malade.

Par conséquent, eu égard à l'ensemble des circonstances du cas, aucun des critères examinés ne peut être considéré comme réalisé à un degré d'intensité suffisant tel qu'exigé par la jurisprudence, dès lors qu'il ressort notamment clairement des rapports médicaux qu'il existe notamment une discordance importante entre les plaintes exprimées et les données objectives constatées. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 7 avril 2010 et les troubles présentés au-delà du 20 septembre 2011 n'étant pas donnée, c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations.

7. Le dossier sur lequel se fonde l'appréciation du médecin de la CNA, le Dr W. _____, contient suffisamment d'appréciations médicales, dont celles du Dr G. _____, établies sur la base d'un examen personnel du recourant. Par conséquent, l'absence d'un examen personnel effectué par la CNA ne permet pas en soi de douter de son appréciation. Par ailleurs, les pièces versées subséquemment au dossier, dont les pièces de l'assurance-invalidité, sont autant d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret. En outre, on ne peut nullement leur dénier, au vu de leur contenu et de leur nombre, le fait qu'ils constituent une étude circonstanciée et complète de l'évolution de l'état du recourant sous l'angle médical. Par conséquent, la mise en oeuvre d'une expertise ou la

production de nouvelles pièces n'apporteraient vraisemblablement aucune constatation nouvelle.

L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en oeuvre d'une expertise.

8. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par la CNA.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition du 29 février 2012 rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Eric Muster (pour L. _____)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :