

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juin 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : Mme Rossier et M. Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Y. _____, à Clarens, recourant, représenté par le Centre social protestant,
à Lausanne,

et

VISANA ASSURANCES SA, à Berne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1957, originaire du Kosovo où il avait notamment enseigné l'anglais, travaillait depuis 2008 en qualité d'intendant de cuisine au service de l'Institut Z._____, à F._____. A ce titre, il était obligatoirement assuré contre les suites des accidents et maladies professionnels auprès de Visana Assurances SA (ci-après: l'assureur ou Visana).

Le 1^{er} juin 2010, l'employeur de Y._____ a transmis à Visana une déclaration de sinistre relatant en ces termes l'accident subi par le prénommé en date du 24 mai 2010:

« Il portait un bidon de nourriture de 80 kg et a ressenti une vive douleur au niveau du ventre. Il a perdu connaissance et, en tombant, il s'est tapé la tête. »

Une IRM cérébrale et une angio-IRM cérébrale et pré-cérébrale ont été pratiquées le 1^{er} juin 2010. Ces examens n'ont révélé aucune anomalie (rapport du 2 juin 2010 du Dr M._____, spécialiste en radiodiagnostic, auprès du Département d'Imagerie Médicale et de Médecine Nucléaire de l'Hôpital G._____).

Dans un questionnaire de Visana, signé par l'assuré le 12 juin 2010, ce dernier s'est exprimé en anglais comme suit à propos de l'événement du 24 mai 2010:

« By the end of the work night, after midnight I delivered the garbage bags at the garbage store, when it came the turn of the full waste food barrel, putting it all alone in the fridge it fell and hit me at the right part of the stomach and then I fell down back in my head and I lost my conscience. »

A la question de savoir s'il s'était produit quelque chose de particulier, telle qu'une chute ou un coup, l'assuré a répondu ceci:

« I fell down in any back part of the head with a very heavy food waste barrel. »

A la demande de l'assureur, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a complété en date du 8 juillet 2010 un rapport médical intermédiaire dans lequel il a diagnostiqué un traumatisme cranio-cérébral ainsi qu'un malaise probablement vaso-vagal.

Dans un rapport médical initial LAA signé le 29 juillet 2010, la Dresse P._____, médecin assistant auprès de l'Hôpital G._____ à J._____, a posé le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral avec perte de connaissance. Elle a rapporté une douleur à la palpation en région épigastrique. Aucune anomalie n'a en revanche été constatée sur les plans neurologique et ORL, ni au CT-scan cérébral actif.

Le 6 octobre 2010, le Dr R._____ a mentionné, en réponse aux questions posées par l'assureur, que Y._____ se plaignait de céphalées, accompagnées de vertiges et de nausées, ainsi que de troubles de la concentration et du sommeil. Il a constaté une aggravation des céphalées et l'apparition d'un état dépressif. Excluant la reprise de l'activité exercée, le Dr R._____ a préconisé une diminution de la charge de travail. Il a joint à son rapport une lettre du 19 août 2010 faisant suite à un examen du même jour pratiqué par le Dr L._____, spécialiste en neurologie. Ce dernier expliquait que l'intéressé déclarait souffrir de céphalées intermittentes depuis plus de quinze ans avec des phases anxio-dépressives et prise d'antidépresseurs et de tranquillisants. Il n'a décelé aucune anomalie lors de l'examen neurologique, tout en évoquant un terrain psychologique favorisant des céphalées tensionnelles. Il a notamment suggéré une prise en charge psychiatrique.

Le 17 novembre 2010, l'assuré a consulté le Service de chirurgie de l'Hôpital G._____ à la suite d'une chute consécutive à un vertige. Il en est résulté un traumatisme crânien ainsi qu'une perte de connaissance pendant quelques secondes. L'examen clinique n'a rien révélé et aucune lésion traumatique n'a été mise en évidence au scan cérébral et cervical. L'assuré a pu regagner son domicile le même jour.

Dans un rapport médical du 25 novembre 2010 à l'intention du médecin traitant et faisant suite à un consilium psychiatrique des 24 octobre et 5 novembre précédents à l'Hôpital psychiatrique H._____, les Drs S._____, spécialiste en psychiatrie et chef de clinique, et B._____, médecin assistant, ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2), un syndrome post-commotionnel (F 07.2) et un trouble de la personnalité dépendante (F 60.7). Ils ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail.

Donnant suite à la requête de l'assureur, Y._____ lui a fait parvenir en date du 27 novembre 2010 sa demande de prestations de l'assurance-invalidité dans laquelle il faisait état de diverses atteintes à la santé physique et psychique. Il y indiquait également qu'il était de langue maternelle albanaise, tout en spécifiant posséder des connaissances en anglais pratiqué à titre professionnel comme enseignant, mais aussi en serbo-croate et en français. Il a joint à son courrier une liasse de diverses pièces, incluant notamment plusieurs documents médicaux (certificats, lettres, rapports) du Dr R._____ et de l'Hôpital psychiatrique H._____ pour la période de 1996 à 2010. Ce lot comprenait également des coupures de presse ainsi que des documents à caractère administratif (contrats de travail, décision du 20 novembre 2002 de la Commission suisse de recours en matière d'asile).

A la demande du Dr R._____, l'assuré a été examiné le 9 décembre 2010 par le Dr A._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale. Dans son rapport daté du lendemain, celui-ci a indiqué que l'audiométrie révélait une perte dans les fréquences aiguës de type presbyacousie accélérée avec une diminution de l'audition de 18,8% à droite et 22,3% à gauche. Il a par ailleurs déclaré ne pas avoir d'explications quant aux vertiges ayant provoqué les chutes et s'est en outre dit frappé par le visage extrêmement sombre de l'intéressé, estimant que l'état dépressif devait être une grande composante de son problème vertigineux.

Par décision du 16 décembre 2010, Visana a mis fin à ses prestations en rapport avec l'événement du 24 mai 2010 avec effet au 16 décembre 2010 en expliquant « qu'en raison de l'absence de lésions structurelles des organes dues à l'accident et dans le contexte de la syncope vaso-vagale supposée, il ne peut aujourd'hui plus s'agir de maux en rapport avec l'événement du 24 mai 2010 ». Par conséquent, le lien de causalité entre les maux que l'assuré faisait encore valoir et l'événement du 24 mai 2010 n'était plus donné. Visana a par ailleurs recommandé à l'intéressé de s'adresser à son assurance-maladie pour une prise en charge des coûts supplémentaires.

Le 10 janvier 2011, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision. Il a d'abord reproché à l'assureur de ne pas avoir pris en considération un accident qui serait survenu le 12 juillet 2010 pendant ses vacances au Kosovo, ainsi qu'un troisième accident qui se serait produit le 16 décembre 2010. Il a ensuite expliqué que, depuis plusieurs années, il souffrait d'une dépression profonde chronique, de douleurs persistantes à la tête et à l'estomac ainsi que d'autres dysfonctionnements, notamment oculaires. Il a également signalé que certains troubles étaient apparus à la suite de l'accident du 24 mai 2010 (vertige), voire s'étaient aggravés depuis lors (céphalées, fatigue). En date du 22 janvier 2011, l'assuré a adressé une nouvelle lettre à Visana, dans laquelle il se plaignait que cette dernière n'avait pas pris en considération les vertiges et les malaises chroniques dont il disait souffrir à la suite de l'accident.

Le 14 mars 2011, Visana a annoncé à l'assuré par pli recommandé qu'elle allait mettre en œuvre une expertise médicale interdisciplinaire auprès de la Clinique X._____, à N._____. Un délai de vingt jours lui était imparti pour se déterminer sur ce point. Dans une lettre à l'assureur du 30 mars 2011, l'assuré, par l'intermédiaire de son fils, a une nouvelle fois exposé sa situation sur le plan médical en indiquant les répercussions de ses atteintes à la santé physique et psychique dans sa vie quotidienne. Il n'a pas présenté d'objections quant au choix de l'expert.

Le Dr K._____, neurologue et psychiatre, a procédé le 9 juin 2011 à l'examen neurologique et psychiatrique de l'assuré. Daté du 20 septembre 2011, le rapport d'expertise comprend un préambule énumérant les pièces au dossier et exposant la méthodologie suivie (pp. 2-6). Il rappelle ensuite le motif de l'expertise avant d'opérer la synthèse du dossier médical et assécurologique fourni et d'en résumer les diverses pièces (pp. 7-26). Suivent l'anamnèse personnelle, professionnelle et médicale de l'assuré, le traitement prescrit et le résumé des plaintes de l'intéressé, puis une analyse par diagnostics de neurologie et une analyse par diagnostics de psychiatrie (pp. 27-55). Une section intitulée « Discussions et synthèse pluridisciplinaire » incluant les réponses aux questions posées par l'assureur clôt le rapport (pp. 56-61). Différentes annexes (questionnaires à l'assuré, liste des médicaments prescrits, analyse de laboratoire) sont intégrées au rapport (pp. 62-69).

Sur le plan neurologique, le Dr K._____ a posé le diagnostic de status post contusion crânienne sans complication. Estimant qu'il était vraisemblablement (probabilité supérieure à 50%) en lien de causalité avec l'événement du 24 mai 2010, il a toutefois considéré qu'il n'affectait pas la capacité de travail. S'agissant de l'aspect psychique, l'expert a retenu une dysthymie (F 34.1) sans lien de causalité au moins vraisemblable avec l'événement du 24 mai 2010 et sans incidence sur la capacité de travail. Il a exclu un trouble de la personnalité dépendante (F 60.7).

Sous l'intitulé « Discussions et synthèse pluridisciplinaire », l'expert s'est exprimé en ces termes:

« Les experts se trouvent en présence de Monsieur Y._____, âgé de 53 ans, engagé le 30 janvier 2008 auprès de l'Institut Z._____ en qualité d'intendant de cuisine. Il a été licencié à une date qu'il ne peut pas préciser.

Ayant été victime à plusieurs reprises d'une brutalité policière au Kosovo vers 1991, l'expertisé est connu pour un état dépressif constamment récurrent depuis 1994, accompagné de manifestations somatiques à type de précordialgies et de céphalées. L'assuré réside en Suisse depuis 1994. Pendant 10 ans, il a mené une lutte pour être reconnu en tant que demandeur d'asile et a finalement obtenu un

permis en 2004. Par la suite, il a exercé différentes activités professionnelles jusqu'en 2010 avec des interruptions de chômage. En date du 24 mai 2010, vers minuit, essayant de ranger un tonneau d'environ 80 kg sur son lieu de travail, l'assuré l'a reçu sur l'abdomen, ce qui a entraîné sa chute. Sa tête a cogné à l'arrière sur le sol, occasionnant une perte de connaissance de quelques minutes. Toutefois, un CT-scan cérébral actif effectué à l'Hôpital G._____ n'a objectivé aucune lésion structurelle post-traumatique et les examens neurologiques et ORL étaient normaux. Un traumatisme cranio-cérébral dans un contexte de syncope vasovagale est alors évoqué. Par la suite, des céphalées chroniques et un vertige sont rapportés ainsi que la réapparition d'une symptomatologie dépressive, ayant nécessité un suivi spécialisé.

En outre, deux autres chutes avec traumatisme cranio-cérébral sont mentionnées dans le dossier, dont le dernier remonte au 17 novembre 2010. Toutefois, l'examen neurologique et la tomodensitométrie cérébrale et cervicale réalisés se sont révélés négatifs, bien que les plaintes aient été maintenues. Par conséquent, par décision du 16 décembre 2010, l'assureur accident met fin aux prestations d'assurance.

1. [Dans ce paragraphe, l'expert retient, parmi d'autres, trois facteurs non médicaux susceptibles d'interférer avec la capacité de travail: l'âge, les difficultés financières et le licenciement dont l'assuré a été l'objet; suit un bref commentaire explicitant le choix opéré.]

2. SYNTHÈSE

Signes cliniques et paracliniques principaux

Sur le plan neurologique, on peut constater un status post-légère commotion ou plutôt une contusion cérébrale. Au jour de l'examen clinique, aucun symptôme n'est objectivable, contrastant avec l'importance des plaintes. En effet, si l'expertisé rapporte des céphalées extrêmes et quasi permanentes, le dépistage des opiacés s'est avéré négatif, ce qui permet de douter de l'intensité des algies. Par ailleurs, les vertiges allégués ne sont pas objectivés lors du présent examen. Tout au plus, ceux-ci sont des sensations vertigineuses liées aux malaises vagues. A noter aussi l'existence des plaintes en lien avec une posologie d'hypnotiques et d'anxiolytiques supérieure aux prescriptions médicales. Les propos sur les accidents sont diffus, non justifiables et instrumentalisés.

Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse et l'histoire médicale de l'examiné ont permis de retrouver une symptomatologie dépressive constamment récurrente depuis au plus tôt 1994, n'étant pas suffisamment importante pour répondre aux critères d'un épisode dépressif selon l'ICD-10, ni d'un trouble dépressif récurrent et sans notion de périodes d'élévation de l'humeur. Actuellement, les symptômes correspondent également à cette description, caractérisés par une humeur morose, pleine de reproche vis-à-vis de son assureur, associée à une perte d'intérêt pour toute activité, un

retrait social et une réduction de l'activité. Dans ses propos, l'expertisé est totalement fixé sur l'accident sur lequel est fondé l'ensemble des plaintes. Le diagnostic de dysthymie (ICD-10, F 34.1) peut être posé. Par ailleurs, l'entretien avec l'assuré fait ressortir des traits de personnalité histrionique, sans toutefois remplir tous les critères pour être qualifié de pathologique et donc de trouble de la personnalité.

Etat actuel, interactions et évolution prévisible

Sur le plan neurologique, le diagnostic est au stade de guérison de longue date, et au moins au 9 décembre 2010.

Sur le plan psychiatrique, la mauvaise compliance au traitement prescrit joue un rôle sur la pérennisation des troubles. Le respect de la prescription d'antidépresseurs avec monitoring strict et la poursuite du suivi spécialisé en psychiatrie sont recommandés. Toutefois, l'état actuel de l'exploré est bon. Il faut de nouveau rappeler qu'il ne prend aucune médication, ni pour la douleur, ni pour les troubles psychiques, ce qui prouve qu'il va sûrement mieux que ce qu'il dit.

En quoi les troubles somatiques sont-ils relégués au second plan de troubles psychiques ? Analyse de l'état antérieur

Il n'existe pas de troubles somatiques.

(...)

3. EXISTE-T-IL DES DIFFERENCES ENTRE LES MAUX RESSENTIS SUBJECTIVEMENT PAR L'ASSURE ET VOS CONSTATATIONS ? COMMENT INTERPRETEZ-VOUS CES DIFFERENCES ?

Il y a une nette contradiction entre les plaintes subjectives et les résultats des examens objectifs. Le bénéfice secondaire en est probablement le responsable.

4. GENESE CLINIQUE (DANS QUELLE MESURE DE NATURE PSYCHIQUE/ORGANIQUE) ? SI LES CONSEQUENCES PSYCHIQUES ET ORGANIQUES NE PEUVENT PAS ÊTRE DEPARTAGEES, SI ELLES INTERAGISSENT OU SI LEUR RAPPORT S'EST MODIFIE, NOUS VOUS PRIONS DE BIEN VOULOIR INDICER TOUS LES FACTEURS DETERMINANTS QUI EXPLIQUENT LES LIENS MEDICAUX ET LE DEROULEMENT DE L'EVOLUTION DANS LE TEMPS ?

A aucun moment, ni l'examen clinique ni les examens radiologiques n'ont évoqué la présence de symptômes organiques. Il n'existe donc aucun lien entre un trouble somatique supposé et les conséquences rapportées. Seule une contusion peut être retenue comme diagnostic, ainsi qu'une contusion abdominale. Même si un traumatisme crânien est intervenu, aucune commotion n'est retrouvée, la totalité des examens est normale. De plus, l'assuré ne prend aucune médication, démontrant par là-même un bon état. Le statu quo ante pour les plaintes somatiques est retenu à l'issue de toutes les investigations, soit au 9 décembre 2010.

La date de rémission sur le plan psychiatrique fixée au jour de la présente expertise est surestimée mais la date exacte de la rémission ne peut pas être clairement fixée dans le passé.

5. THERAPIE ACTUELLE (POUR LES MEDICAMENTS, INDIQUER LE NOM, LE DOSAGE ET LA FORME GALENIQUE) ?

Voir chapitre relatif au dosage du taux sérique, aucun traitement n'étant pris, mis à part les benzodiazépines, à une fréquence qui est non estimable.

6. DES FACTEURS ETRANGERS A LA MALADIE ONT-ILS UNE INFLUENCE SUR LE PROCESSUS DE GUERISON (AGE, PROBLEME AU POSTE DE TRAVAIL, PROBLEMES FAMILIAUX, STUPEFIANTS, ALCOOL, AUTRES FACTEURS, DIFFICULTES FINANCIERES, NICOTINE, ACCIDENT) ?

Oui, une demande d'indemnisation est un souhait maintes fois répété. L'assuré est aussi au chômage et vivrait des seules indemnités journalières perte de gain-maladie. L'âge et l'absence de formation qualifiée interviennent également, l'assuré est au bénéfice de diplômes mais de son pays, dont l'équivalence n'a peut-être pas pu être obtenue en Suisse.

[Les questions suivantes traitent de la capacité de travail de l'assuré, réd.] »

S'agissant de la capacité de travail, le Dr K. _____ a considéré qu'elle était entière dans toute activité dès le 9 juin 2011, sans restriction d'horaire ni de rendement. L'expert a précisé qu'il n'y avait aucune limitation, tant sur le plan neurologique que psychiatrique, ajoutant que la rémission était intervenue dans le passé à une date qu'il ne pouvait toutefois déterminer. Il a en outre indiqué que les fonctions psychiques de l'assuré (capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et rythme de travail) n'étaient pas restreintes. De plus, il n'y avait pas de réduction de la vue ou de l'ouïe et l'assuré était considéré apte à conduire un véhicule automobile.

En date du 4 octobre 2011, une copie du rapport d'expertise de la Clinique X. _____ a été transmise à l'assuré. Un délai de 21 jours lui était imparti pour faire part par écrit de ses éventuelles objections. L'assuré s'est déterminé le 22 novembre 2011 dans une lettre comportant 21 pages et rédigée en langue anglaise. Après avoir fait part de ses remarques et observations en renvoyant aux paragraphes topiques du rapport d'expertise, il demandait en guise de conclusion que la décision

soit réexaminée à la lumière de l'avis exprimé par le Dr R. _____ dans un pli du 8 novembre 2011 joint en annexe, destiné au médecin-conseil de l'assureur. Le médecin traitant y exposait que l'activité de casserolier exercée par son patient - au bénéfice d'une formation universitaire acquise dans son pays d'origine - signifiait l'abandon de l'espoir de retrouver un statut social comparable à celui qu'il connaissait auparavant. L'accident du 24 mai 2010 aurait détruit le fragile équilibre obtenu grâce aux efforts consentis par Y. _____, de sorte que celui-ci ne disposerait pas encore des ressources nécessaires pour exercer une activité professionnelle à temps complet. Enfin, tout en relevant que les examens techniques et radiologiques pratiqués n'avaient pas mis en évidence d'altération organique permettant d'expliquer clairement les plaintes de son patient, le Dr R. _____ a déploré que l'aspect fonctionnel n'était jamais pris en compte dans ce genre d'investigation, alors même qu'il revêtirait une importance majeure dans des situations complexes, comme celle de l'assuré. Il a donc demandé que son cas soit réétudié dans ce sens.

Par décision sur opposition du 7 mars 2012, Visana a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Répondant à l'argument de ce dernier cherchant à expliquer la divergence entre les résultats du dépistage des opiacés et l'importance de ses plaintes par le fait qu'il n'aurait plus pris de médicament depuis 19 heures la veille de l'examen jusqu'à 14 heures le lendemain (sauf un temesta une heure avant l'expertise pour calmer son anxiété), Visana a indiqué que la question de la posologie n'était pas pertinente pour trancher la question du droit aux prestations. En effet, le dosage exact des médicaments restait sans influence sur la causalité entre les maux dont l'assuré se plaignait et l'événement accidentel, seul critère décisif pour la solution du litige. S'appuyant sur l'expertise de la Clinique X. _____, l'assureur a retenu qu'aucun symptôme organique n'avait été documenté au cours des examens clinique et radiologiques. A la date de l'expertise, le 9 juin 2011, soit plus d'une année après l'accident, ni symptôme de céphalée, ni vertige n'étaient objectivables sur le plan neurologique, en dépit du fait que l'assuré se plaignait de céphalées importantes et quasi permanentes. Dans cette mesure, les

plaintes somatiques du patient ne s'inscrivaient plus dans un contexte causal en relation avec l'événement du 24 mai 2010, de sorte qu'il convenait d'admettre que celui-ci était resté sans conséquences somatiques. Sur le plan psychique, l'assureur a considéré que, d'un point de vue objectif, l'événement du 24 mai 2010 devait être classé dans la catégorie des accidents de peu de gravité, ce qui excluait l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et les troubles psychiques allégués. Néanmoins, dans l'hypothèse où la personne assurée développait des troubles psychiques à la suite d'un accident de peu de gravité, ils devraient être attribués à des facteurs étrangers au contexte accidentel, par exemple une prédisposition constitutionnelle défavorable. Tel était le cas de Y._____ dès lors que son anamnèse révélait des troubles psychiques apparus au plus tôt en 1994, ayant par la suite nécessité un suivi entre 1997 et 2007 auprès de l'Hôpital psychiatrique H._____. Par ailleurs, l'expert K._____ avait évoqué la possibilité du bénéfice secondaire tiré de la maladie, ce qui voulait dire que l'accident était arrivé au bon moment pour l'assuré et lui permettait de justifier l'ensemble de la problématique par l'événement du 24 mai 2010, au lieu de se remémorer tout ce qu'il avait vécu. L'expert mettait ainsi en évidence une discordance entre les plaintes subjectives et ses observations sur le plan clinique. Se référant à la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral, l'assureur a inféré de ce qui précède que, dans de telles circonstances, l'accident constituait seulement une cause fictive ou occasionnelle pour les troubles psychiques.

B. Par acte de son mandataire (le Centre social protestant) du 23 avril 2012, Y._____ a recouru devant la cour de céans contre cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente de l'assurance-accidents. Subsidiairement, il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise neutre. Il fait pour l'essentiel valoir l'existence de douleurs incapacitantes depuis le 24 mai 2010 et prétend en ressentir les séquelles. Affirmant s'exprimer très mal en français, il estime ne pas avoir été entendu valablement. Il demande en outre un délai pour déposer un mémoire complémentaire.

Dans son écriture du 25 juin 2012, déposée dans le délai prolongé accordé par le magistrat instructeur, le recourant s'en prend pour l'essentiel à l'expertise pluridisciplinaire. D'un point de vue formel, il remet en cause la neutralité de l'expert K. _____ et fait grief à son rapport de ne contenir aucune indication quant à la durée de l'examen médical ni quant à la langue utilisée à cette occasion. Sur le fond, le recourant conteste la capacité de travail entière que l'expert lui a reconnu dans n'importe quelle activité et invoque à cet égard des chutes et des vertiges, représentant à ses yeux un « réel handicap pour travailler ». Il déplore que le Dr K. _____ ne se soit pas prononcé à propos des multiples hématomes relevés sur ses extrémités inférieures, lesquels attesteraient un évident dysfonctionnement. Maintenant sa conclusion tendant à l'octroi d'une rente, le recourant sollicite derechef la mise en œuvre d'une « contre-expertise neutre, dans sa langue maternelle ».

En date du 13 septembre 2012, le Dr V. _____, directeur médical de la Clinique X. _____, a répondu en ces termes aux questions posées par Visana:

« [Pourriez-vous m'indiquer si Monsieur Y. _____ est venu accompagné le jour de l'examen d'expertise soit le 9 juin 2011? Si oui, par qui? Est-ce que cet accompagnant parlait et/ou comprenait le français? Est-ce que cet accompagnant était présent lors des deux consultations?]

1. Si un an après, il est difficile de se rappeler si Monsieur Y. _____ était accompagné lors de sa venue à N. _____, nous pouvons confirmer qu'un parent ou un proche n'aurait pu être présent que lors d'une partie de l'expertise et seulement pour parler de la situation de l'assuré, en-dehors de tout rôle de traducteur. Nous faisons toujours appel à des intervenants neutres pour l'interprétation.

[Pourriez-vous me communiquer la durée de la consultation neurologique du 9 juin 2011 ainsi que celle de la consultation psychiatrique du même jour?]

2. Après avoir reporté trois fois les rendez-vous que nous lui avons fixés dans le cadre de votre mandat d'expertise, Monsieur Y. _____ a été examiné par le Docteur K. _____, psychiatrie et neurologie, au cours d'une consultation qui s'est déroulée en anglais, l'assuré ayant déclaré qu'il parlait couramment cette langue, cela afin d'assurer une meilleure communication entre lui et l'expert; ce dernier est germanophone mais maîtrise l'anglais.

Ce rendez-vous et la langue de travail ont reçu l'accord de la gestionnaire du dossier, Madame D._____, que nous avons informée des reports au fur et à mesure.

Vous trouverez en pièce jointe la confirmation du rendez-vous où Monsieur Y._____ mentionne les langues qu'il pratique habituellement.

[Dans quelle langue les consultations neurologique et psychiatrique ont-elles été effectuées? Est-ce que vous avez pu remarquer des problèmes de compréhension de la langue parlée lors des consultations par Monsieur Y._____? Est-ce que vous parveniez à comprendre les réponses de Monsieur Y._____?]

3. L'examen de psychiatrie et celui de neurologie se sont déroulés simultanément, l'expert étant à la fois psychiatre et neurologue, comme vous l'aurez compris. La durée précise de l'examen n'a pas été relevée, mais a débuté à 11h00 et s'est terminé vraisemblablement autour de 12h45 (l'expert ayant dicté son compte-rendu dès 12h47).

[Vos éventuelles remarques?]

4. Enfin, nous pouvons confirmer que ni l'expert ni l'assuré n'ont évoqué une mauvaise communication due à la langue dans laquelle s'est déroulée l'entretien. »

Etait jointe à cette lettre une confirmation de rendez-vous dans laquelle l'assuré a indiqué, en anglais, qu'il parlait l'anglais, le français, l'albanais et le serbo-croate.

Se déterminant par réponse du 28 septembre 2012, l'intimée a conclu au rejet de toutes les conclusions du recourant. Dans un premier moyen, elle conteste l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 24 mai 2010 et les plaintes somatiques du recourant, estimant que dès le 10 décembre 2010, celles-ci ne se fondent plus sur des éléments suffisamment objectivables. Sur le plan psychiatrique, elle considère que la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement précité et les troubles psychiques peut rester ouverte, dès lors que la causalité adéquate doit de toute façon être niée. En effet, l'intimée est d'avis que la chute dont l'assuré a été victime le 24 mai 2010 doit être qualifiée d'accident de peu de gravité, ce qui permet d'exclure d'emblée toute causalité adéquate. En tout état de cause, selon l'intimée, même s'il fallait ranger cet événement parmi les accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, aucun des critères

posés par la jurisprudence pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre des troubles psychiques et un accident de cette catégorie ne se trouveraient en l'occurrence réunis. Du reste, si des troubles psychiques devaient subsister à la suite de l'événement du 24 mai 2010, ceux-ci devraient être attribués à des facteurs extérieurs à l'accident, tel qu'une prédisposition constitutionnelle défavorable, voire des facteurs extra-médicaux, tels que les difficultés financières du recourant, son âge et l'absence de reconnaissance de sa formation en Suisse. En ce qui concerne le rapport d'expertise du Dr K._____, l'intimée fait valoir qu'il satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour avoir pleine valeur probante, ce qui rend sans objet les critiques du recourant quant à la durée de l'examen. En outre, l'usage de l'anglais au cours de la consultation repose sur l'accord du recourant et de l'expert. Par ailleurs, l'intimée relève que les critiques du recourant à l'endroit de l'expertise sont dénuées de pertinence dans la mesure où, informé de la clinique mandatée par pli recommandé, il n'a pas émis d'observation à propos du choix effectué. De plus, le recourant n'a fait parvenir ses objections au rapport d'expertise que le 22 novembre 2011, soit postérieurement au délai de 21 jours imparti par lettre de l'intimée du 4 octobre 2011. Dans sa lettre, l'intimée observe que le recourant n'a invoqué nul problème de compréhension fondé sur la langue, mais s'est borné à proposer d'autres interprétations aux conclusions de l'expert, insistant sur le fait que l'événement du 24 mai 2010 aurait aggravé son état de santé. Dans ces conditions, l'intimée estime avoir respecté les droits participatifs du recourant et relève que les griefs formulés pour la première fois le 23 avril 2012 quant à la manière dont l'expertise aurait été diligentée ne suffisent pas à remettre en cause sa neutralité. Pour ces motifs, la mise en œuvre d'une expertise neutre dans la langue maternelle du recourant doit donc être rejetée.

L'assuré a répliqué le 31 octobre 2012. A l'appui de son écriture, il a produit diverses pièces dont plusieurs rapports médicaux, concernant tant son état de santé somatique que psychique. Dans un rapport du 13 septembre 2012 à l'intention de l'Office AI du canton de Vaud, le Dr S._____ a rappelé que le recourant avait déjà consulté l'Hôpital psychiatrique H._____ en 1997, 2005, 2008, 2010 et 2012. Ce

rapport était motivé par une consultation du 16 avril 2012, consécutive au décès du père de l'assuré en février 2012 et à l'accident subi par son fils au mois de juin suivant, lesquels auraient entraîné une thymie dépressive accompagnée d'idées suicidaires scénarisées. Le Dr S._____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) et un trouble de la personnalité dépendante (F 60.7). Retenant que l'intéressé souffrait d'une dépression chronique depuis une vingtaine d'années, le Dr S._____ a réservé son pronostic au vu de la récente évolution défavorable de la symptomatologie dépressive. Il a renvoyé à l'appréciation du Dr R._____ s'agissant de l'incapacité de travail. Sur le plan somatique, le Dr C._____, spécialiste en gastroentérologie, a pratiqué une gastroscopie en raison des douleurs épigastriques ressenties par l'assuré. Dans son rapport d'oeso-gastro-duodéoscopie du 1^{er} février 2012 à l'intention du Dr R._____, il a indiqué que l'examen était superposable à celui réalisé en 2008, les douleurs ayant vraisemblablement une origine fonctionnelle. De son côté, le Dr A._____ a attesté une perte de l'acuité auditive tant à droite qu'à gauche (surdité de perception de type presbyacousie). Il a constaté une nette aggravation de l'audiométrie, la perte à gauche passant de 22,3% à 56,8% et à droite de 18,8% à 46,3%, d'où la nécessité d'un appareillage. Outre le diagnostic ORL, il a retenu un status après contusion cérébrale et vertiges consécutifs (lettre au Dr R._____ du 9 février 2012). Il a rappelé avoir examiné le patient en décembre 2010 pour investigations des vertiges à la suite du traumatisme crano-cérébral subi, sans pour autant qu'une explication ait pu être trouvée quant aux vertiges qui auraient provoqué la chute survenue le 24 mai 2010. Depuis lors, il présente une sensation vertigineuse avec une diminution de l'audition. Le recourant a également produit une lettre du 20 février 2012 à l'intention de l'Office AI du canton de Vaud, dans laquelle le Dr R._____ a contesté la capacité de travail entière qui lui avait été reconnue par cet office à compter du mois d'août 2011. Le médecin traitant a relevé que l'accident du 24 mai 2010 s'était produit dans le contexte d'un état dépressif chronique. En outre, la persistance de multiples symptômes depuis l'accident rendait aléatoire toute reprise d'une activité professionnelle. De plus, la situation médicale de l'intéressé s'était récemment péjorée, en raison de l'accentuation des

manifestations vertigineuses, toujours accompagnées de céphalées, auxquelles s'ajoutait l'apparition d'une presbyacousie accélérée. Fort de ces rapports médicaux, le recourant considère que les troubles qu'il présente - vertiges, problèmes d'ouïe, isolement social - sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 24 mai 2010, de sorte que le droit à des prestations de l'intimée lui est ouvert. Réitérant ses critiques à l'endroit de l'expertise de la Clinique X._____, le recourant maintient ses conclusions précédentes.

Dans sa duplique du 3 décembre 2012, l'intimée observe que le recourant se contente de faire un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc », ce qui ne suffit pas à établir un rapport de causalité entre les douleurs dont il fait état et l'accident du 24 mai 2010. L'intimée se prononce ensuite sur les rapports produits par le recourant. Elle relève que la symptomatologie décrite dans le rapport du 13 septembre 2012 constitue l'expression de la dépression dont il souffre et n'a pas été causée par l'accident du 24 mai 2010. Celle-ci s'est du reste accentuée depuis le décès du père de l'assuré en février 2012 et l'accident de son fils au mois de juin suivant. Par ailleurs, le recourant a consulté l'Hôpital psychiatrique H._____ antérieurement à l'accident à plusieurs reprises, soit en 1997, 2005, 2008, 2010 et 2012. En outre, le Dr R._____ a mentionné un état dépressif chronique (lettre du 20 février 2012), ce qui exclut d'en attribuer la cause à l'accident du 24 mai 2010. S'agissant du volet somatique, l'examen d'oeso-gastro-duodénoscopie a présenté le même résultat qu'en 2008, ce qui rend impossible d'établir un lien de causalité avec l'accident du 24 mai 2010. Quant aux vertiges ayant provoqué la chute du recourant, le Dr A._____ a indiqué qu'il ne se les expliquait pas. En conséquence, l'intimée nie un droit du recourant à ses prestations, faute d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les douleurs qu'il invoque et l'accident du 24 mai 2010.

En complément à sa lettre du 15 janvier 2013, le recourant a joint un rapport médical complémentaire du Dr S._____ du 10 janvier 2013 à l'intention de l'Office AI du canton de Vaud. Il y indiquait qu'à la demande de son patient, il avait ajouté aux diagnostics retenus dans son

rapport du 13 septembre 2012 celui de syndrome post-commotionnel (F 07.2), précisant que celui-ci avait été retiré au motif qu'il se rapportait davantage à la sphère neurologique que psychiatrique. Il a également produit un certificat médical du Dr R. _____ du 11 janvier 2013, dans lequel le médecin traitant signalait que les troubles somatiques et psychiques de son patient ne lui permettaient pas de reprendre une activité professionnelle, fût-elle adaptée. Au reste, le recourant conteste se livrer à un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » et reproche à l'intimée de se concentrer sur les symptômes antérieurs à l'accident du 24 mai 2010, laissant de côté les troubles visuels et auditifs. Il déclare maintenir l'intégralité de son argumentation.

Le 8 avril 2013, l'intimée relève, à titre liminaire, que le rapport médical complémentaire du Dr S. _____ du 10 janvier 2013 ne fait que mentionner un diagnostic figurant déjà au dossier, puisqu'il résulte du consilium psychiatrique d'octobre/novembre 2010 (rapport du 25 novembre 2010). Quant au certificat du Dr R. _____ du 11 janvier 2013, l'intimée maintient qu'il constitue un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc ». Ces deux pièces ne permettent par conséquent pas de remettre en cause le rapport d'expertise de la Clinique X. _____ du 20 septembre 2011. En réponse à l'argumentation du recourant, l'intimée indique s'être déjà déterminée au sujet des troubles auditifs et visuels et renvoie sur ce point à son mémoire de réponse du 28 septembre 2012, ainsi qu'au rapport d'expertise du Dr K. _____, lequel ne retient aucun trouble de l'équilibre des voies courtes (atteintes du champ visuel, des fonctions auditives) ou longues à type de dysesthésies. De surcroît, l'intimée rappelle que le Dr A. _____ n'a pas trouvé d'explications quant aux vertiges ayant provoqué la chute du recourant. Elle souligne aussi que, selon ce médecin, l'état dépressif serait une composante du problème vertigineux. En outre, l'intimée réaffirme que l'accident subi par le recourant le 24 mai 2010 doit être qualifié de peu de gravité, se référant à cet égard à un arrêt du Tribunal fédéral dans lequel un assuré avait chuté d'une hauteur de trois à quatre mètres (TF 8C_747/2012 du 22 janvier 2013). Ainsi, faute d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les douleurs invoquées et l'accident du 24 mai 2010, le droit du

recourant à des prestations n'est pas ouvert. Elle renvoie pour le surplus à l'argumentation contenue dans ses écritures précédentes et maintient l'intégralité de ses conclusions.

Dans une ultime détermination du 29 avril 2013, le recourant explique qu'il est actuellement toujours sous traitement médical et que son incapacité de travail est régulièrement attestée, ce qui contredit la reprise d'une activité professionnelle postulée par l'expert K. _____ pour le mois de décembre 2010. Il fait valoir que les troubles visuels et auditifs qu'il présente n'ont pas été examinés dans l'expertise et relève que les conclusions des médecins qui le suivent s'opposent à celle de l'expert. Il répète que les circonstances dans lesquelles s'est déroulé cet examen réduit son caractère objectif, pour laisser place à une appréciation aussi subjective que si elle avait été émise par un médecin traitant. En d'autres termes, la valeur probante du rapport d'expertise de la Clinique X. _____ ne saurait être supérieure à celle attachée habituellement aux rapports médicaux établis par les médecins traitants. Le recourant maintient l'argumentation développée antérieurement ainsi que ses conclusions.

Cette écriture a été transmise pour information à l'intimée, qui n'a plus réagi.

E n d r o i t :

1. a) 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 de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1

LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfaisant aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; 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 statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a a contrario et al. 4 LPA-VD).

2. Conformément aux conclusions du recours, le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 16 décembre 2010, ce qui revient à trancher la question de savoir s'il existe un lien de causalité entre les troubles existant au-delà de cette date et l'événement accidentel du 24 mai 2010, ainsi que les trois autres chutes subies en 2010.

3. 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.

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité

naturelle, il n'est pas nécessaire 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 p.181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 s. et les références; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; cf. ATF 119 V 335 consid 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv. consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-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 présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc). 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 p. 337 sv et l'arrêt cité). La jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue (ATF 134 V 109 consid. 9 p. 122 ss; TF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état 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) (SVR 2009 UV n° 3 p. 9, arrêt 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2; TF 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.2).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405; 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références; TF 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.4).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références). Il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le

déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 382 ss; 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). 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 p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b p. 383), 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 p. 103 et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 ss, U 277/04, et les références). Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b [U 96/00]; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 125 sv.; arrêts 8C_957/2008 du 1^{er} mai 2009 consid. 4.2, 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2, et 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1; TF 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.5).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est

déterminant c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 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 125 V 351 consid. 3a p. 352; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 5.2.1).

D'après une jurisprudence constante, l'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353; TF 8C_330/2012 du 19 avril 2013 consid. 6.1).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; cf. aussi TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1).

5. En date du 24 mai 2010, alors qu'il se trouvait seul sur son lieu de travail, un tonneau de nourriture de 70 à 80 kg est tombé sur l'avant-corps du recourant, provoquant une chute sur l'arrière-tête avec brève perte de connaissance. Il n'est pas contesté que cet événement constitue un accident au sens de la loi (cf. art. 4 LPGA). Se pose en revanche la

question de savoir dans quelle mesure les atteintes à la santé présentées par le recourant sont imputables à l'accident du 24 mai 2010 et aux chutes consécutives subies en 2010, seul objet de la présente procédure selon la décision attaquée (cf. ATF 125 V 413), ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas, même s'il utilise parfois le terme d'accident pour évoquer les chutes survenues selon ses dires le 12 juillet 2010, le 17 novembre 2010 et le 16 décembre 2010 (cf. opposition du 10 janvier 2011). On ne saurait donc parler d'accidents successifs dans le cas présent.

En procédure administrative, le recourant a fait état de diverses atteintes à la santé, relevant à la fois de la sphère somatique et psychique, de sorte que l'intimée a confié au Dr K. _____ de la Clinique X. _____, psychiatre et neurologue, le soin de réaliser une expertise pluridisciplinaire.

a) Sur le plan neurologique, l'expert a posé pour seul diagnostic un status post contusion crânienne sans complication. Il justifie ce diagnostic par la présence d'une perte de connaissance post-traumatique et par l'absence de lésion cérébrale objectivable sur les résultats d'imagerie cérébrale. De plus, ce diagnostic est confirmé par les examens clinique et para-clinique (y compris un CT-scan et une angio-IRM) ayant suivi l'événement du 24 mai 2010, lesquels n'ont révélé aucune lésion structurelle du cerveau. Aucun déficit organique n'a par ailleurs été mis en évidence dans les investigations réalisées par la suite. A cela s'ajoute le fait que l'expert constate l'impossibilité de prendre position au sujet des deux autres chutes intervenues en août et novembre 2010, faute d'élément médical probant. Dans ce contexte, les plaintes au genou mentionnées par l'assuré ne sauraient être prises en considération, faute de symptôme clinique tangible. Il en va de même de ses déclarations au sujet de ses chutes fréquentes, dès lors que celles-ci ne sont jamais décrites par l'anamnèse d'un tiers et qu'aucune investigation médicale de ces événements n'a été réalisée. Quant aux propos de l'assuré concernant l'écoulement de sang induit par l'accident du 24 mai 2010, les premiers examens médicaux et les soins reçus alors permettent d'écarter cette

version tardive des faits. Procédant à l'examen clinique neurologique, l'expert conclut à l'absence d'élément probant en faveur d'un vertige central ou périphérique, les tests d'Unterberger et de Romberg ne révélant pas de tendance à la chute malgré une certaine oscillation. En outre, la canne dont l'assuré est muni n'est utilisée que comme accessoire. Selon le Dr K._____, les troubles de l'équilibre évoqués par le patient ne peuvent pas être véritablement qualifiés de vertiges mais constitueraient plutôt des sensations vertigineuses diffuses, probablement en lien avec les malaises vaso-vagaux. Il rejoint sur ce point l'avis exprimé en juillet 2010 par le Dr R._____. Ces considérations conduisent par conséquent l'expert à exclure tout autre diagnostic, telle une commotion cérébrale, que celui retenu à l'issue de l'examen effectué, lequel se situe d'ailleurs relativement dans la norme, de même que tous les autres examens pratiqués. En guise de synthèse, l'expert indique qu'au jour de l'examen clinique, aucun symptôme n'est objectivable, ce qui contraste avec l'importance des plaintes, et que le diagnostic est au stade de la guérison de longue date, au moins au 9 décembre 2010, date à laquelle le statu quo ante a été atteint.

Cela étant, le recourant impute à l'accident du 24 mai 2010 d'autres types d'affections, telles des céphalées, des douleurs épigastriques et des troubles audio-visuels.

Dans son rapport du 19 août 2010, le Dr L._____ a relevé des céphalées intermittentes, présentes depuis une quinzaine d'années. D'après le recourant, celles-ci se seraient accentuées à la suite de l'accident du 24 mai 2010, sans que les examens radiologiques effectués dans les jours ayant suivi ce dernier ne permettent de conclure à une quelconque anomalie. Pour sa part, l'expert K._____ note que le dépistage des opiacés s'est révélé négatif, ce qui le fait douter de l'intensité des algies, l'assuré rapportant des céphalées extrêmes et quasi permanentes. S'agissant des troubles auditifs, le Dr A._____ diagnostique en 2012 une surdité de perception de type presbyacousie accélérée et note une diminution de l'audition depuis son examen du 9 décembre 2010. Sans se prononcer sur le rôle joué par l'accident du 24

mai 2010 dans l'apparition, respectivement l'aggravation de la surdité constatée, il considère néanmoins que celle-ci ne serait pas à l'origine des vertiges ayant provoqué les chutes. Bien plutôt, le Dr A._____ estime que les vertiges de l'assuré s'expliqueraient par son état dépressif. Les problèmes de vue dont fait état le Dr R._____ dans son certificat médical du 11 janvier 2013 ne sont pas documentés, de sorte que le médecin traitant ne saurait sans autre les attribuer au traumatisme cranio-cérébral subi par le recourant le 24 mai 2010. Quant aux douleurs épigastriques, l'examen gastroscopique réalisé en 2012 par le Dr C._____ est superposable à celui effectué en 2008, les douleurs ayant selon lui une origine vraisemblablement fonctionnelle. Ces douleurs ne sont donc pas dues à l'accident du 24 mai 2010 ni aux autres chutes, ce qui rejoint le point de vue du Dr K._____, qui évoque à cet égard une contusion abdominale.

b) Sur le plan psychique, Y._____ se plaint essentiellement d'une symptomatologie dépressive incluant des troubles de la concentration, une asthénie, de l'insomnie, des troubles du comportement et des changements dans sa personnalité. Dans leur rapport du 25 novembre 2010, les Drs S._____ et B._____ rappellent que l'assuré consulte l'Hôpital psychiatrique H._____ pour une symptomatologie anxio-dépressive chronique depuis 1997. Une hospitalisation d'office d'un jour en milieu psychiatrique a même été rendue nécessaire en avril 2008 en raison des idées suicidaires présentées alors par l'assuré dans un contexte de conflit familial chronique. Ces médecins expliquent que le trouble anxio-dépressif s'accompagne de somatisations (douleurs, céphalées) avec divers épisodes dépressifs sévères, ce qui les conduit à diagnostiquer un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2). Selon eux, la symptomatologie anxio-dépressive chronique présentée par l'assuré revêt un caractère fluctuant. Ainsi, l'aggravation constatée et les plaintes somatiques faisant suite à l'accident du 24 mai 2010 évoqueraient un syndrome post-commotionnel, compte tenu de l'absence d'évidences pour une origine organique. Ils considèrent enfin que la perte de statut social en lien avec un trouble de la personnalité sous-jacent favorise le syndrome dépressif récurrent retrouvé

chez l'assuré. De son côté, l'expert K._____ note que l'anamnèse et l'histoire médicale de l'assuré permettent de retrouver une symptomatologie dépressive constamment récurrente depuis 1994 au moins. Celle-ci n'est toutefois pas suffisamment importante pour répondre aux critères d'un épisode dépressif selon l'ICD-10, ni d'un trouble dépressif récurrent et sans notion de périodes d'élévation de l'humeur. Au jour de l'expertise, les symptômes correspondent également à cette description, caractérisés par une humeur morose de l'assuré, pleine de reproche vis-à-vis de son assureur, associée à une perte d'intérêt pour toute activité, un retrait social et une réduction de l'activité. L'expert relève que les propos de l'assuré sont fixés sur l'accident, lequel fonde l'ensemble des plaintes. Il retient donc le diagnostic de dysthymie (F 34.1) et déclare que l'entretien avec l'assuré fait ressortir des traits de personnalité histrionique - également observés par les Drs S._____ et B._____ en automne 2010 -, sans toutefois remplir tous les critères pour être qualifié de pathologique et donc de trouble de la personnalité. Le Dr K._____ conclut que l'état actuel de l'assuré est bon. A son avis, la pérennisation des troubles s'explique par sa mauvaise observance au traitement prescrit et l'expert rappelle que l'assuré ne prend aucune médication, ni pour la douleur, ni pour les troubles psychiques, ce qui laisserait augurer d'un état de santé moins mauvais que celui allégué. Il préconise néanmoins la poursuite d'un suivi spécialisé en psychiatrie. Le Dr K._____ fixe la date de rémission des symptômes au 9 juin 2011, soit le jour de l'expertise. Même si elle lui paraît surestimée, la date exacte de la rémission ne peut de toute manière pas être clairement fixée dans le passé. En définitive, il exclut tout lien de causalité avec l'accident du 24 mai 2010 et explique que la dysthymie était présente auparavant, puisqu'il existait déjà une symptomatologie dépressive légère, mais constante et récurrente, avec des périodes de rémission d'humeur normale intercalée, ce qui était le cas au jour de l'expertise.

Se prévalant du rapport médical du 13 septembre 2012 de l'Hôpital psychiatrique H._____, le recourant tente de démontrer l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 24 mai 2010 et ses troubles psychiques. Or, cette pièce - au demeurant établie dans le cadre

de la procédure devant l'Office AI du canton de Vaud - ne lui est d'aucun secours, dès lors qu'elle se rapporte à une aggravation consécutive au décès de son père en février 2012 et à l'accident subi par son fils au mois de juin 2012, soit des événements étrangers à l'accident du 24 mai 2010, seul objet de la présente procédure. Quant au rapport médical complémentaire du 10 janvier 2013, lequel fait suite au rapport du 13 septembre 2012, il ne contient aucun élément nouveau, le Dr K._____ ayant expliqué qu'il ne retenait pas le diagnostic de commotion cérébrale, compte tenu de l'absence de lésions objectivables.

6. a) A la lumière des considérations qui précèdent, il convient de retenir que le Dr K._____ fixe le statu quo ante pour les plaintes somatiques à l'issue de toutes les investigations, soit au 9 décembre 2010, date de l'examen ORL du Dr A._____. En d'autres termes, à compter du 10 décembre 2010, les atteintes neurologiques ne sont plus imputables à l'accident du 24 mai 2010. Cette appréciation n'est infirmée par aucune pièce médicale au dossier. S'agissant des autres troubles somatiques, les éléments au dossier ne permettent pas, au degré de vraisemblance prépondérante, d'établir un lien de causalité naturelle et, à plus forte raison adéquate, entre l'accident du 24 mai 2010 et les douleurs épigastriques, d'une part, et le déficit audio-visuel invoqué par le recourant, d'autre part. En ce qui concerne les troubles psychiques, le Dr K._____ fixe la date de rémission au jour de l'expertise, soit le 9 juin 2011, tout en indiquant que celle-ci est probablement surestimée, dès lors qu'il ne lui a pas été possible de fixer clairement une date dans le passé.

b) Par surabondance, on relèvera que, dans la décision attaquée, l'accident du 24 mai 2010 a été classé dans la catégorie des accidents de peu de gravité. Cette classification n'est pas critiquable, ce dont le recourant ne disconvient d'ailleurs pas. Même en admettant qu'il s'agirait d'un accident de gravité moyenne, les critères développés par la jurisprudence en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique ne seraient pas réalisés (sur ces critères, cf. ATF 115 V

133 consid. 6 c/aa p. 140, 403 consid. 5 c/aa p. 409; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

En effet, en rangeant dans un réfrigérateur un tonneau de restes alimentaires d'environ 80 kg, celui-ci a heurté le recourant au niveau de l'abdomen, provoquant une chute avec un choc de l'arrière de la tête sur le sol, suivie d'une perte de connaissance, que le recourant rapportera brève. Compte tenu de ces circonstances, il faut admettre que l'accident n'a pas eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. Concernant la gravité des lésions physiques et leurs conséquences, seules entrent en ligne de compte celles qui sont dues à l'accident, à savoir - in casu - les atteintes à la tête et à l'abdomen. Les examens médicaux n'ont révélé aucune anomalie au niveau cérébral, tandis que la gastroscopie effectuée en 2012 se superpose à celle pratiquée en 2008, soit antérieurement à l'événement accidentel litigieux. Hormis les examens rendus nécessaires par l'accident subi, l'état de santé du recourant n'a pas nécessité des soins spécifiques. Le traitement médical, consistant essentiellement en la prise de médicaments et en un suivi psychiatrique régulier, n'a donc pas été particulièrement long puisque, dès le mois de décembre 2010, le recourant a présenté selon l'expert K._____ une capacité de travail entière dans l'activité exercée. De plus, à la date de l'expertise, le traitement visait davantage à procurer une meilleure qualité de vie au recourant qu'à améliorer son état de santé. En ce sens, on doit nier que la circonstance de la longue durée du traitement médical soit remplie. Par ailleurs, le dossier ne fait mention d'aucune erreur dans le traitement médical ni d'aucune complication significative qui serait apparue au cours de la guérison. Dans ces conditions, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 24 mai 2010 et les troubles psychiques doit être exclue au regard des critères objectifs retenus par la jurisprudence.

7. a) L'appréciation du Dr K._____ n'est pas remise en cause par les médecins dont les rapports figurent au dossier. En effet, ces praticiens ne prennent pas position sur les conclusions de l'expert et ne s'expriment pas sur l'éventualité d'un lien de causalité entre les divers

troubles constatés et l'accident subi par le recourant le 24 mai 2010. Dans cette mesure, l'argumentation de ce dernier imputant à cet événement accidentel les troubles somatiques et psychiques qu'il présente revient à se contenter d'opposer un raisonnement « post hoc ergo propter hoc » à l'argumentation développée par l'expert. Or le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (cf. consid. 3a supra). De surcroît, certaines des affections invoquées, comme la symptomatologie dépressive, les céphalées ou les douleurs épigastriques, étaient connues bien avant l'accident du 24 mai 2010, ce qui réduit dans une large mesure la portée des conclusions que le recourant voudrait en déduire en relation avec l'existence d'un lien de causalité avec l'accident. Par ailleurs, le recourant fonde l'essentiel de sa démonstration sur des rapports médicaux émanant de ses médecins et psychiatres traitants. Or, la jurisprudence impose la plus grande retenue dans l'appréciation de l'avis du médecin traitant, au regard des liens de confiance unissant ce dernier à son patient (cf. consid. 4 supra). Il convient enfin de mentionner que l'expert K._____ constate une nette contradiction entre les plaintes subjectives du recourant et les résultats des examens objectifs et précise que le bénéfice secondaire retiré par l'intéressé en est probablement le responsable. Du reste, les Drs S._____ et B._____ avaient déjà souligné dans leur rapport du 25 novembre 2010 l'importance des plaintes somatiques chez l'assuré et un discours centré sur ses difficultés.

b) Cela étant, le recourant se prévaut encore de motifs d'ordre formel, tenant à la personne de l'expert, ainsi qu'à la langue et à la durée de l'examen, pour contester ses conclusions. Ces griefs ne résistent pas à l'analyse. Informé en date du 14 mars 2011 de la désignation de la Clinique X._____ en tant qu'organe chargé de procéder à son expertise, le recourant n'a pas fait valoir d'objections quant à ce choix dans le délai imparti par l'intimée. Il n'est dès lors pas fondé, au stade de la procédure judiciaire, à émettre des doutes sur la neutralité de l'expert, d'autant que des impressions individuelles ne suffisent pas, seules des circonstances constatées objectivement devant être prises en considération. En tout état

de cause, le recourant n'explicite pas en quoi il existerait des motifs propres à faire douter de la neutralité et de l'impartialité de l'expert. En outre, le recourant a expressément consenti à ce que l'examen s'effectue en langue anglaise. Par ailleurs, à l'occasion de ses déterminations de 21 pages du 22 novembre 2011, suite à la réception de l'expertise, le recourant n'avait pas évoqué de grief au sujet du fait qu'il avait dû s'entretenir en anglais. Eu égard au principe de la bonne foi, il ne saurait donc à présent revenir sur sa décision et solliciter une contre-expertise dans sa langue maternelle (cf. aussi ATF 127 II 227 consid. 1b ; TF 9C_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.3.1). Enfin, le nombre et la durée des entretiens entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 7 et la référence).

c) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le rapport d'expertise du Dr K. _____ du 20 septembre 2011 procède d'une analyse particulièrement fouillée du cas du recourant, se fonde sur des examens complets, prend en considération ses plaintes et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions de l'expert sont dûment motivées. En particulier, la question du lien de causalité naturelle entre l'accident du 24 mai 2010, d'une part, et les troubles neurologiques et psychiques, d'autre part, y a fait l'objet d'une étude circonstanciée. Son rapport peut donc se voir conférer une pleine valeur probante.

Dans ces conditions, il n'est pas nécessaire de compléter l'instruction du point de vue médical, en ordonnant une nouvelle expertise, dès lors que celle de 2011, effectuée à une époque encore assez proche de l'accident, où il était possible de procéder à une approche globale et fondée de la situation, remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. La conclusion subsidiaire du recourant tendant à la mise en œuvre d'une « contre-expertise neutre dans sa langue maternelle » doit donc être rejetée.

8. a) En définitive, l'intimée était fondée à nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les maux dont se plaint le recourant pour fonder ses prétentions et l'accident dont il a été victime le 24 mai 2010 et, partant, à mettre un terme à ses prestations avec effet au 16 décembre 2010.

Le recours doit donc être rejeté et la décision sur opposition du 7 mars 2012 confirmée.

b) 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 succombe, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 7 mars 2012 par Visana Assurances SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Centre social protestant (pour Y. _____),
- Visana Assurances SA,
- 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 :