

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 décembre 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Durussel et M. Gutmann, juges
Greffière : Mme Juillerat Riedi

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourant, représenté par Me Marc-Antoine Aubert, à
Lausanne

et

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

Art. 6 al. 1 LAA et 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. a) N. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1976, travaillait en qualité d'architecte auprès d' [...] depuis le 1^{er} mars 2016. Il était assuré par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le dimanche 23 avril 2017, alors qu'il roulait à vélo sur un chemin viticole, il a été stoppé net dans sa course et violemment projeté par-dessus son guidon, après avoir heurté un câble qui avait été tiré en travers du chemin et qu'il n'avait pas vu. Consultée le lendemain, la Dre Q. _____, médecin traitante de l'assuré, a posé le diagnostic de dermabrasions et contusions multiples avec une pointe de hernie inguinale gauche. L'assuré a repris son travail le 6 mai à 50% et le 12 mai 2017 à 100%. Il a toutefois continué un traitement par physiothérapie et par ostéopathie en raison de douleurs post-traumatique persistantes.

L'employeur de l'assuré a annoncé l'accident à la CNA qui a pris en charge le cas.

b) Le 29 août 2017, le Dr [...], urologue, a constaté une varicocèle gauche asymptomatique qui ne nécessitait toutefois aucun traitement chirurgical vu que l'assuré ne rapportait pas de gêne spécifique.

Dans un certificat médical établi le 8 mars 2018 à la demande du patient, la Dre Q. _____ a constaté que neuf mois après l'accident, celui-ci avait toujours des douleurs inguinales gauches persistantes, ainsi que des douleurs à la cuisse droite, et signalait des troubles du sommeil importants, ainsi que des angoisses. Elle a précisé que son patient était suivi par un psychothérapeute.

Depuis le 13 juillet 2018, l'assuré est suivi par un psychiatre en raison d'un burn-out et d'un épisode dépressif moyen dans un contexte de

douleurs chroniques post-traumatiques. A cause de son état d'épuisement, l'assuré a été mis en incapacité de travail dès le 14 juillet 2018.

c) Le 26 juillet 2018, l'assuré a subi plusieurs examens médicaux en raison de ses douleurs persistantes depuis l'accident. S'agissant de l'IRM du genou droit, la radiologue [...] a conclu à une chondropathie diffuse de grade 2 du compartiment fémoro-tibial interne sans autre signe d'arthrose, associée à une méniscopathie de grade 2B de la corne postérieure du ménisque interne, à une intégrité des structures ligamentaires et à une altération de signal du coussinet graisseux supra-patellaire pouvant témoigner d'un conflit de la graisse supra-patellaire non spécifique. Quant à l'IRM de la cuisse droite, la radiologue a conclu à une situation dans les limites de la norme eu égard à l'âge de l'assuré, avec une absence d'argument en faveur d'une myosite ou d'un hématome intramusculaire ou collection des parties molles. Enfin, sur la base d'une échographie inguinale gauche, la radiologue a conclu à l'absence de hernie inguinale gauche tant au repos que lors de la manœuvre de « Valsalva ».

Dans un rapport médical LAA du 31 juillet 2018, la Dre Q._____ a fait état de contusions et dermabrasions multiples (cuisse droite, genou droit et coude gauche), sans lésions visibles sur le plan radiologique, tout en relevant que le patient était toujours en traitement thérapeutique (prise en charge par le Centre anti-douleur et suivi psychologique) en raison des douleurs persistantes.

Le 4 septembre 2018, le Dr U._____, orthopédiste, a retenu le diagnostic de déchirure du ménisque interne du genou gauche et préconisé un traitement conservateur, en tout cas dans un premier temps.

Dans un rapport médical intermédiaire du 17 octobre 2018, le Dr [...], psychiatre, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, tout en précisant que la dépression était secondaire aux douleurs chroniques et à la baisse de sa qualité de vie.

Le 30 octobre 2018, l'assuré a été licencié par son employeur avec effet au 28 février 2019 pour des raisons économiques.

b) A la suite de la nouvelle incapacité de travail de l'assuré survenue le 14 juillet 2018, la CNA - qui avait jusque-là pris en charge l'entier des troubles consécutifs à l'accident - a jugé opportun d'examiner si cette nouvelle incapacité était en lien avec l'accident.

Le 19 décembre 2018, l'assuré a ainsi été examiné par le psychiatre-conseil de la CNA, le Dr R. _____, qui a conclu que l'évolution sur plus d'un an et demi laissait quelque peu perplexe après un accident qui somme toute ne semblait avoir provoqué que des lésions somatiques mineures, que cette évolution mettait à son avis en évidence plutôt « un trouble somatoforme, lié à la structure de personnalité et à un épuisement physique et psychique autant lié au travail qu'à l'accident lui-même » et qu'il ne retiendrait ainsi pas la causalité naturelle entre les troubles psychique et l'accident. Par ailleurs, il a estimé qu'une capacité de travail de 50% pourrait tout de même être retenue.

Le 15 janvier 2019, la CNA a également requis l'avis du Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, s'agissant de la lésion au genou. Après consultation du dossier médical qui lui a été soumis par la CNA, ce médecin a conclu qu'il existait une lésion méniscale de grade II - donc non pathologique - et de chondropathie probablement pré-existante, et que la contusion du genou liée à l'accident avait cessé ses effets délétères au plus tard au bout de trois mois.

c) En se fondant sur les appréciations médicales de ses médecins d'arrondissement, la CNA a, par décision du 23 janvier 2019, clos le cas au 1^{er} septembre 2018 - date de l'annonce de ses réserves en ce qui concerne les suites de l'accident -, réfuté tout droit à d'autres prestations d'assurance et mis fin au versement des prestations d'assurance perçues jusqu'ici (indemnité journalière et frais de traitement).

Par courrier du 17 février 2019, N._____ a formé opposition contre la décision précitée.

Le 20 mars 2019, la Caisse-maladie de l'assuré, [...], a également formé opposition contre la décision en question.

Le 1^{er} avril 2019, la CNA a requis une nouvelle appréciation médicale de la part du Dr S._____, s'agissant de la relation de causalité entre les troubles au genou droit et l'accident. Dans son nouveau rapport du 15 avril 2019, ce médecin a noté une déchirure méniscale horizontale du ménisque interne en regard de la zone de chondropathie, typique d'une pathologie dégénérative, a jugé que c'était à juste titre qu'un traitement conservateur prolongé avait été entrepris afin de ne pas aggraver les lésions cartilagineuses par une méniscectomie trop hâtive et a conclu qu'il existait un état antérieur dégénératif sur ce genou droit qui a été déstabilisé de façon temporaire par l'accident, que le diagnostic de contusion du genou était retenu, que classiquement ce type de lésion, sans survenue de lésion anatomique surajoutée, guérissait en trois mois et qu'un *statu quo* avait ainsi été atteint le 23 juillet 2017, l'événement initial ayant alors cessé ses effets délétères.

Par décision du 2 mai 2019, la CNA a rejeté les oppositions sans frais et a dit qu'un éventuel recours contre cette décision n'aurait aucun effet suspensif. Elle a retenu en substance que l'accident en question pouvait tout au plus être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, qu'en se fondant sur l'avis du Dr R._____, il y avait lieu d'exclure le lien de causalité naturelle s'agissant des lésions psychiques de l'assuré, tout comme d'ailleurs le lien de causalité adéquate, considérant à ce dernier égard qu'aucun des critères énoncés par la jurisprudence n'était rempli. S'agissant du genou, le médecin d'arrondissement avait confirmé pendant la procédure d'opposition que les séquelles de l'accident n'avaient pas duré plus de trois mois, les lésions encore constatées par la suite étant d'origine dégénérative.

B. Par acte du 3 juin 2019, N._____, représenté par Me Marc-Antoine Aubert, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d’instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. Il a requis la mise en œuvre d’une expertise par un médecin orthopédiste.

Dans sa réponse du 5 juillet 2019, la CNA a conclu au rejet du recours.

Le recourant a déposé une réplique le 20 septembre 2019. Il a produit la traduction d’un nouveau rapport médical émis par le Dr T._____, orthopédiste et spécialiste en médecine sportive à Lisbonne, selon lequel la lésion du genou en question serait d’origine traumatique et en lien de causalité avec l’accident.

Dans sa duplique du 7 novembre 2019, la CNA a indiqué que ce nouveau document n’était pas de nature à ébranler la valeur probante de l’appréciation médicale faite par le Dr S._____.

N._____ a déposé d’ultimes déterminations le 11 décembre 2019.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d’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 peuvent faire l’objet d’un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Constitue un accident au sens de cette disposition 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 LPGA).

b) 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 faut et 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. 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 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

c) 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

e) 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, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère

adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- 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.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées).

La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances d'espèce et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain

caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (TF 8C_475/2018 du 5 septembre 2019, consid. 5.3.1.1 ; 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1; 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.1).

3. **a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales du dossier, 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, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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, une 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 p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) En l'espèce, le recourant reproche en substance à l'autorité d'avoir minimisé la gravité de l'accident et de ne pas avoir procédé à une analyse médicale complète et objective, notamment par un expert orthopédiste. Sur le fond, il conteste que la déchirure horizontale de son ménisque soit de type dégénératif et produit, à l'appui de son grief, un article intitulé « Traitement des lésions méniscales dégénératives, Recommandation du groupe d'experts Genou de la Swiss Orthopaedics » paru dans le numéro 2018/07 de la revue Forum médical suisse, dont il découlerait que la nature horizontale de la déchirure du ménisque ne permettrait pas à elle seule de conclure à un trouble dégénératif, ainsi qu'un rapport du 9 septembre 2019 du Dr T._____, orthopédiste et spécialiste en médecine sportive à Lisbonne, selon lequel la lésion du genou en question serait d'origine traumatique et en lien de causalité avec l'accident. Le recourant a ainsi requis son audition et celle des personnes de son entourage professionnel sur les multiples aménagements dont il aurait bénéficié entre son accident et son incapacité de travail survenue en juillet 2018, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise par un médecin orthopédiste dans le but d'établir un diagnostic précis de la lésion au genou droit. Enfin, s'agissant des troubles psychologiques, le recourant a reproché au Dr R._____ de s'être contenté d'éléments fragmentaires du dossier et d'avoir minimisé les conséquences de l'accident. Il a toutefois réservé cette question qui dépendait, selon lui, de ses lésions organiques nécessitant une nouvelle expertise.

b) En ce qui concerne le ménisque, la CNA se fonde sur deux rapports établis sur la base des résultats de l'IRM du 26 juillet 2018 par son médecin d'arrondissement, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a estimé qu'au vu du caractère horizontal de l'atteinte méniscale, celle-ci était d'origine dégénérative. Le recourant, âgé de 41 ans au moment de l'accident, conteste cette constatation et se réfère notamment à une étude dont il ressort « qu'il

n'est pas exclu qu'un traumatisme puisse entraîner une déchirure horizontale du ménisque chez les patients de moins de 40 ans ». Il en conclut que le caractère horizontal de l'atteinte ne permet pas à lui seul de constater son caractère dégénératif. Or, si l'on doit admettre qu'une déchirure horizontale du ménisque peut être, dans certains cas, d'origine accidentelle, selon l'étude à laquelle se réfère le recourant, il n'en reste pas moins que le caractère horizontal de la lésion constitue un indice très sérieux d'une atteinte dégénérative. En l'espèce, le Dr S. _____ pouvait donc constater, sur la base de l'IRM du 26 juillet 2018, et notamment en raison du caractère horizontal de l'atteinte méniscale mise en évidence par cet examen, que l'atteinte à la santé était, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'origine dégénérative et non accidentelle. Au surplus, rien au dossier ne laisse supposer que ce médecin manquerait d'objectivité ou n'aurait pas réalisé son analyse de façon suffisamment sérieuse. A ce dernier égard, le fait de ne pas avoir vu le patient n'est pas critiquable dans la mesure où il s'agissait d'analyser une lésion interne au genou et que ce médecin disposait du dossier médical du recourant.

Le recourant remet également en cause les constatations de l'intimée relative à l'origine dégénérative de l'atteinte à la santé en se référant à un rapport du 9 septembre 2019 du Dr T. _____, qu'il produit. Ce médecin estime qu'il existe « un lien de causalité entre les plaintes et l'accident survenu le 23.04.2017, puisque toutes ces plaintes et ces pathologies sont apparues après cet accident et que le patient n'avait jamais ressenti de douleurs dans ces parties anatomiques avant. Les lésions existantes et les séquelles décrites sont d'origine traumatique et non dénégérative ». Ce document ne revêt toutefois pas une valeur probante suffisante pour remettre en cause les constatations de l'intimée, fondées sur celles du Dr S. _____. En effet, le Dr T. _____ atteste d'un lien de causalité entre les lésions constatées et l'accident en se référant exclusivement à l'absence de plaintes et de lésions constatées avant cet accident. Il s'agit d'un raisonnement de type « *post hoc ergo propter hoc* » dont la jurisprudence a déjà maintes fois répété qu'il était insuffisant pour établir un rapport de causalité naturelle.

Cela étant, le Dr T._____ propose de procéder à une arthroscopie diagnostique et à une chirurgie arthroscopique pour correction des lésions intra-articulaires. Le Dr U._____ - qui n'a pas pris position sur le rapport de causalité entre l'accident et les lésions méniscales constatées - a également proposé une arthroscopie en cas d'échec du traitement conservateur. Rien n'indique, en l'état du dossier, qu'une telle intervention soit planifiée ni que le recourant souhaite s'y soumettre. Il ne l'indique en tout cas pas dans son recours. Il n'en reste pas moins que si une telle intervention devait être finalement pratiquée, les constatations du médecin opérateur pourraient éventuellement constituer un moyen de preuve nouveau et justifier une révision procédurale.

En conclusion, la CNA était fondée à retenir dans la décision attaquée que les lésions au genou de l'assuré n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident en question. Il n'y a ainsi pas lieu de mettre en œuvre une expertise ou de procéder à des auditions, comme le requiert le recourant, dès lors que de telles mesures d'instruction ne modifieraient pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

c) En ce qui concerne ensuite les troubles psychiques du recourant, le Dr R._____ a nié l'existence d'un rapport de causalité naturelle avec l'accident. Le recourant lui reproche d'avoir minimisé la gravité de cet accident. Le Dr R._____ en fait toutefois une description relativement précise dans son rapport du 19 décembre 2018. Par ailleurs, aucun autre document médical au dossier ne contredit sérieusement l'appréciation de ce médecin. Il est vrai qu'en indiquant que le trouble somatoforme était lié à un trouble de la personnalité et à un épuisement physique et psychique, lui-même « autant lié au travail qu'à l'accident lui-même », le Dr R._____ a laissé entendre que l'accident pouvait être une cause partielle du trouble psychologique. En dépit de cette formulation maladroite, on peut déduire de ses conclusions relatives à l'absence de

causalité naturelle qu'il n'estime pas cette hypothèse comme la plus vraisemblable.

Au demeurant, même si l'on admettait, par hypothèse, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques du recourant, le rapport de causalité adéquate devrait être nié. En se référant à la jurisprudence topique citée ci-avant (consid. 2e), il convient de qualifier de « moyenne » la gravité de l'accident. Par ailleurs, aucun des critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité ne paraît rempli en l'espèce. On relève à cet égard que le critère des « douleurs physiques persistantes » ne saurait être retenu puisque le lien de causalité entre celles-ci et l'accident a justement été écarté au considérant 4b qui précède et que même s'il ne fait aucun doute que le recourant a vécu sur le moment un choc important en raison de la violence de sa chute, il n'y a pas lieu, objectivement, de retenir la présence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de cet accident, étant précisé que ce critère doit être retenu restrictivement, comme on l'a vu plus haut (consid. 2e).

5. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer 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 rendue le 2 mai 2019 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.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Marc-Antoine Aubert (pour N. _____)
- 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 :