

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 août 2021

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mme Berberat, juge, et Mme Gabellon, assesseure  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat à Bienne.

---

**Art. 6 al. 1 LAA.**

**E n f a i t :**

**A.** D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1966, a été engagé le 1<sup>er</sup> février 2019 en qualité de maçon auprès de [...] Sàrl et, à ce titre, s'est trouvé assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la Caisse ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre du 13 mars 2019, l'employeur a annoncé à la CNA que, le 25 février 2019, l'assuré avait chuté vers l'avant d'une hauteur de 120 cm alors qu'il travaillait sur le premier pont d'un échafaudage, qu'il s'était blessé au crâne ainsi qu'à l'épaule et au coude droits et qu'il avait été conduit au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_). A la suite de cet événement, l'intéressé fera l'objet d'arrêts de travail régulièrement prolongés, émanant tout d'abord du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ puis de son médecin généraliste traitant le Dr Q.\_\_\_\_\_, et sera licencié pour le 23 août 2019.

La CNA a pris en charge le cas (indemnités journalières et traitement médical).

Le 13 mai 2019, la Caisse s'est vu transmettre un rapport de sortie établi le 1<sup>er</sup> mars 2019 par le Service de neurochirurgie du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_. Il en résultait que l'assuré avait été hospitalisé du 25 au 27 février 2019 pour un trauma crânio-cérébral avec hémorragie sous-arachnoïdienne sylvienne gauche et pariétale gauche, à la suite d'une chute de 1,5 mètre de hauteur avec perte de connaissance et amnésie circonstancielle ; une dépression était en outre mentionnée à titre de diagnostic secondaire. Il était précisé que le patient était resté cliniquement stable au cours de l'hospitalisation, avec un examen neurologique dans la norme, qu'une artériographie réalisée le 26 février 2019 n'avait montré aucun anévrisme ou autre lésion vasculaire pouvant expliquer l'hémorragie et qu'un CT-scan de contrôle du 27 février 2019 avait révélé une stabilisation des lésions, l'intéressé ayant ainsi été

autorisé à regagner son domicile au vu de la bonne évolution clinique. Différents médicaments avaient été prescrits (Citalopram, Dafalgan, Minalgine, Nicorette, Seroquel, Trittico, Benerva, Pimpéran, Zofran et Oxynrom), ainsi que neuf séances de physiothérapie. Toujours le 13 mai 2019, la CNA s'est vu remettre un rapport du 3 mars 2019 consécutif à un CT cérébral natif réalisé au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_, montrant la résolution de l'hémorragie sous-arachnoïdienne sylvienne et fronto-pariétale gauche, sans signe d'hypertension intra-crânienne.

Par rapport du 17 mai 2019 à la CNA, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL), a signalé l'apparition immédiate, après la chute du 25 février 2019, d'un acouphène, d'une hypoacousie et d'une instabilité au niveau de l'oreille gauche. Il a précisé qu'un traitement médicamenteux et de la physiothérapie vestibulaire avaient été prescrits, que l'évolution restait difficile en raison de la persistance des troubles et que la reprise du travail demeurait indéterminée.

Dans un rapport médical intermédiaire du 3 juin 2019 à l'attention de la CNA, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a fait état d'une contusion labyrinthique gauche avec acouphène et vertige. Il a ajouté que le patient bénéficiait d'un traitement médicamenteux et d'une prise en charge ORL auprès du Dr G.\_\_\_\_\_ et qu'il était encore trop tôt pour se prononcer sur la reprise du travail.

Entre fin juillet et début août 2019, la Caisse s'est fait transmettre différentes pièces dont un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale réalisé le 2 mai 2019 par le Dr T.\_\_\_\_\_, radiologue, dans le cadre d'un bilan requis par le Dr G.\_\_\_\_\_ pour des vertiges et une hypoacousie suite à une chute avec hémorragie sous-arachnoïdienne ; cet examen montrait une situation dans les limites de la norme, sans hémorragie cérébro-méningée, ni lésion infra-tentorielle pouvant expliquer la symptomatologie du patient. La CNA a également

obtenu les relevés relatifs à un audiogramme réalisé le 15 avril 2019 par le Dr G.\_\_\_\_\_, ainsi que diverses ordonnances émises par ce médecin.

Lors d'un entretien le 31 juillet 2019 avec un collaborateur de la CNA, l'assuré a précisé souffrir de dépression depuis le décès de sa première épouse et de son fils des suites d'un accident survenu plus de vingt ans plus tôt. Concernant l'événement du 25 février 2019, il a affirmé avoir chuté d'une hauteur estimée à 1,8 mètre. Sur le plan de l'évolution, l'intéressé a signalé des troubles de mémoire, des sifflements dans les deux oreilles (surtout la gauche, qui entendait aussi moins bien) et des maux de tête. L'élocution de l'assuré était en outre décrite comme lente, hésitante et laborieuse, l'intéressé affirmant que tel n'était pas le cas auparavant.

Dans un rapport médical intermédiaire du 12 août 2019, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a évoqué la persistance de vertiges et de malaises et s'est par ailleurs référé à un plan de traitement du 2 août 2019 (Voltarène, Colchicine, Citalopram, Trittico retard, Seroquel retard, Wellbutrin, Zalidar, Dafalgan, Zomig et Nebivolol). Le 4 septembre suivant, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a écrit à la CNA pour préconiser un séjour à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique K.\_\_\_\_\_). Dans ce contexte, il a en particulier exposé que depuis l'événement du 25 février 2019, l'assuré se plaignait d'importantes céphalées, de vertiges, ainsi que d'hypoacousie gauche ; à cela s'ajoutait que, depuis quelques semaines, son entourage signalait des absences dont l'origine restait peu claire. Par ailleurs, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a notamment mentionné un trouble anxiodépressif chronique à la base d'un suivi psychiatrique de longue date tout d'abord au Portugal, puis en Suisse auprès de la Dre E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Divers documents étaient produits en annexe, dont :

- un rapport du 4 mars 2019 du Dr O.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Service des urgences du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_, en lien avec une consultation intervenue la veille pour des céphalées « *violentes ou inhabituelles* » en augmentation depuis le retour à domicile le 27 février 2019 ;

- deux comptes-rendus du Dr G.\_\_\_\_\_, l'un se référant au traitement médicamenteux mis en place pour les problèmes d'acouphène, de surdité de perception majeure du côté gauche et de vertiges (rapport du 16 avril 2019), et l'autre signalant des moments d'absence les 5 et 6 juin 2019, une fois de cinq minutes et une fois de vingt-cinq minutes, sans perte de connaissance complète (rapport du 26 juin 2019) ;

- un rapport du 9 juillet 2019 du Dr L.\_\_\_\_\_, neurologue, indiquant que l'assuré, qui bénéficiait d'un suivi psychiatrique en cours « *suite au TCC* », présentait des épisodes courts itératifs de déconnexion avec son entourage et se plaignait de désorientation intermittente, le neurologue relevant toutefois ne pas avoir d'éléments anamnestiques ou électrophysiologiques en faveur d'un événement comitial (avec notamment un électroencéphalogramme normal à ce jour) et considérant, en définitive, que les plaintes du patient étaient à inscrire dans le contexte post-traumatisme crânio-cérébral et devraient tendre à l'amélioration avec le temps et dans le cadre de la prise en charge psychiatrique.

Dans un avis du 23 septembre 2019, le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a préconisé un consilium en neuropsychologie. Relevant la présence d'un traumatisme crânio-cérébral et d'un lourd passé psychiatrique, il a ajouté que les troubles présents étaient probablement déjà existants avant le traumatisme et qu'un séjour à la Clinique K.\_\_\_\_\_ n'était pas indiqué en l'état.

Sur mandat de la CNA, l'assuré a été examiné le 22 novembre 2019 par la neuropsychologue N.\_\_\_\_\_. Du rapport y relatif, daté du même jour et co-signé par la neuropsychologue X.\_\_\_\_\_, il est ressorti que l'examen avait été interrompu après 1 heure et 40 minutes en raison de forts maux de tête empêchant l'assuré de poursuivre l'évaluation, cela malgré une pause au cours de laquelle l'intéressé avait pu aller fumer une cigarette et nonobstant les explications de l'examinatrice quant à l'importance de cette consultation. Un défaut d'effort était suspecté en

raison des scores anormalement bas obtenus à une épreuve sensible aux éléments de surcharge, de l'attitude démonstrative soudainement adoptée par l'assuré quant à ses maux de tête et de l'incapacité de ce dernier à participer à l'évaluation ; de surcroît, le rappel lacunaire d'éléments autobiographiques aussi bien anciens que récents évoquait également un manque d'effort. Cela étant, quand bien même l'assuré présentait de réelles difficultés cognitives au vu de son histoire médicale, il était néanmoins difficile de les quantifier.

Aux termes d'une attestation du 17 janvier 2020, la Dre E.\_\_\_\_\_ a indiqué suivre l'assuré en consultation psychiatrique et psychothérapeutique depuis le 22 mars 2019.

La CNA a mis en œuvre une évaluation interdisciplinaire auprès de la Clinique [...] (ci-après : la Clinique K.\_\_\_\_\_), où l'assuré a séjourné du 27 au 29 janvier 2020. Aux termes de leur rapport d'évaluation du 3 février 2020, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et la Dre W.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, respectivement médecin consultant et médecin associé à la Clinique K.\_\_\_\_\_, ont retenu les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral sur chute le 25 février 2019 avec hémorragie sous-arachnoïdienne sylvienne et pariétale gauche et contusion labyrinthique (S06.9), de syndrome post-commotionnel (F07.2) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2). Ils ont exposé notamment ce qui suit :

#### **"DONNEES FOURNIES PAR LE PATIENT**

[...]

Actuellement, le patient prend toujours du Zaldiar et du Voltarène en réserve, deux fois par jour. Il évite de les prendre si les céphalées ne sont pas trop fortes. Ces médicaments étaient déjà utilisés auparavant, pour des lombalgies. Il prend aussi un médicament pour les vertiges, dont il a oublié le nom.

Il a fait beaucoup de physiothérapie, ce qui a amélioré sa mobilité cervicale mais pas les céphalées ni les vertiges. [...]

[...]

#### **APPRECIATION ET DISCUSSION**

[...]

Le **25 février 2019** en début d'après-midi sur un chantier il est victime d'une chute d'environ 1m50 avec réception sur la tête. Il était casqué. Il perd connaissance selon les témoins avec une amnésie circonstancielle. Le patient ne se souvient de rien. Il est acheminé par son patron aux urgences du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ où un scanner met en évidence une hémorragie sous arachnoïdienne sylvienne et pariétale gauche. Il demeure deux jours en observation neurologique avec un CT de contrôle et une angiographie ne démontrant pas d'autre lésion.

Par la suite, après environ trois mois, il présente une recrudescence de céphalées s'accompagnant de vertiges, acouphènes, troubles de la mémoire justifiant une IRM cérébrale qui ne montre pas de lésion particulière. En raison des acouphènes et d'une baisse de l'audition, il est adressé au Dr G.\_\_\_\_\_ ORL qui constate une probable contusion labyrinthique avec un audiogramme perturbé surtout à gauche.

Devant la survenue d'absences, et de voile noir, il est adressé au Dr L.\_\_\_\_\_, neurologue, avec un EEG ne démontrant rien d'anormal. Un examen neuropsychologique est proposé mais ne peut être réalisé, de par une collaboration suboptimale.

L'**évolution** reste défavorable [:] le patient concède toujours des céphalées d'intensité maximale lorsqu'il sort de chez lui, s'accompagnant d'acouphènes, d'une baisse de l'audition, de vertiges mal systématisés et d'épisodes de voile noir. C'est la raison principale pour laquelle il n'a pas repris son activité professionnelle. Il rapporte aussi des lombalgies chroniques préexistantes, mais qui ne l'ont pas empêché de poursuivre son activité lourde de maçon.

L'**approche clinique** nous met face à un patient volubile, présentant un léger bégaiement, avec un entretien difficile à cadrer à l'aide d'une interprète en portugais. Globalement, il est collaborant, ne parasite pas l'examen par un comportement douloureux démonstratif. [...] L'**examen neurologique spécialisé** n'a pas mis en évidence d'anomalie sur le plan neurologique. En particulier il n'y a pas de signe vestibulaire périphérique, de latéralisation. En revanche il existe des anomalies à caractère non somatique avec troubles sensitifs non systématisés. M. D.\_\_\_\_\_ a interrompu l'**évaluation neuropsychologique** après moins d'une heure. [...]

Les **documents d'imagerie** sont rassurants, démontrant une bonne évolution de l'hémorragie sous-arachnoïdienne.

À ce stade, on retient un diagnostic de TCC avec hémorragie sous-arachnoïdienne sylvienne et pariétale gauche en février 2019 d'évolution radiologiquement favorable et de contusion labyrinthique avec persistance de céphalées, vertiges, acouphènes, troubles visuels et auditifs. Nous n'avons ainsi pas d'examen neuropsychologique contributif et ne pouvons nous prononcer sur le fonctionnement cognitif de M. D.\_\_\_\_\_. La composante psychiatrique semble ici revêtir une importance non négligeable.

Le patient a démontré le même comportement lors de l'**évaluation des capacités fonctionnelles** qu'au cours de l'approche clinique. [...] Au vu des résultats réalisés durant les tests proprement dits, on peut relever qu'il sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. [...] Par conséquent la volonté de donner le maximum aux différents tests a été incertaine et le niveau de cohérence est jugé moyen. Finalement les performances ne reflètent que ce qu'il a accepté de faire et non ses aptitudes fonctionnelles réelles.

L'**examen psychiatrique** nous met face à un patient au visage triste et figé, orienté. On note une concentration altérée, plusieurs pertes de focus et des décrochages. Au plan de l'humeur, on note une anhédonie sévère, une humeur triste moyenne à sévère et une estime de soi très faible. On constate une anxiété observée et éprouvée modérée à moyenne. Il n'y a pas d'élément du registre phobique ou obsessionnel compulsif. Au final le psychiatre retient un diagnostic de syndrome post-commotionnel et trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère. L'accident a provoqué une aggravation de la dépression motivant la psychiatre à augmenter la médication. Au plan psychodynamique on peut exclure la réactivation d'un stress post-traumatique renvoyant à l'accident subi par son épouse et son fils. Le contexte de la présente évaluation n'a pas permis au psychiatre de creuser cette hypothèse.

Le **pronostic** paraît réservé : même si, suite au TCC du 25 février 2019 marqué par une hémorragie sous-arachnoïdienne, les différents examens ne montrent pas de signes de séquelles tant à l'imagerie qu'au status neurologique, ce patient présente la persistance de troubles pouvant être seulement en partie liés à un syndrome post-commotionnel et une contusion labyrinthique. La composante psychiatrique avec un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère revêt actuellement une importance prépondérante et est le plus à même d'expliquer les difficultés de M. D. \_\_\_\_\_ qui n'est actuellement pas en mesure de mobiliser ses ressources cognitives, par exemple pour l'évaluation neuropsychologique. Il ne s'agit pas d'un manque de collaboration, mais découle du fait des troubles de l'humeur. On relève également d'autres facteurs contextuels de mauvais pronostic : l'absence de maîtrise de la langue française ; un travail lourd, probablement peu adapté ; une situation globalement précaire. On relève l'intensité douloureuse encore maximale à un an de l'accident, les résultats très médiocres à l'ECF, un score Intermed élevé témoignant d'une certaine complexité biopsychosociale."

Dans le cadre de son évaluation neurologique, l'expert S. \_\_\_\_\_ a plus particulièrement observé ce qui suit :

"L'hiver passé, le patient a chuté d'un échafaudage d'une hauteur de 1,6 à 1,7 mètr[e]. Il a chuté tête en premier. Il était casqué et il a perdu son casque. [...]

[...]

Les plaintes sont nombreuses. Il s'agit de céphalées, vertiges, d'acouphènes au premier plan. L'évolution du tableau va en s'accroissant ce qui dans le cadre d'une pathologie traumatique ne peut être considéré comme cohérent. On peine à comprendre entre autre la récurrence des céphalées et l'apparition des vertiges 2 mois après l'accident. De plus toute la symptomatologie est influencée par l'environnement, soit exacerbée lorsque le patient est à l'extérieur, ce qui traduit une très vraisemblable composante psychogène.

Objectivement nous n'avons pas mis en évidence d'anomalie sur le plan neurologique. En particulier il n'y a pas de signe vestibulaire périphérique, de latéralisation. En revanche il existe chez ce patient plaintif des anomalies à caractère non somatique avec comportement douloureux, troubles sensitifs non systématisés.

Sur la base de l'ensemble des éléments à disposition, nous pouvons retenir le diagnostic d'un TCC le 25.02.2019, [a] priori léger en l'absence de troubles de la vigilance à l'entrée aux urgences mais avec une imagerie positive, en particulier mise en évidence d'une hémorragie sous-arachnoïdienne de la vallée sylvienne gauche, ceci impliquant que le pronostic doit être considéré comme moins bon que pour un TCC léger habituel. A cela s'ajoute une contusion labyrinthique, le tout survenant chez un patient préalablement dépressif, traité par une trithérapie anti-dépressive et un neuroleptique atypique.

Dès lors le tableau subjectif s'explique en partie si l'on tient compte des éléments objectifs, mais il existe incontestablement une majoration probablement pour des raisons psychologiques."

Du rapport d'évaluation psychiatrique établi le 29 janvier 2020 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin consultant à la Clinique K.\_\_\_\_\_, on extrait notamment ce qui suit :

### **"Diagnostic**

Syndrome post-commotionnel (F07.2)  
Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère F33.2

### **Discussion et suggestion à l'expert principal**

[...]

Il est connu de longue date pour une dépression séquellaire d'une réaction dépressive, et d'un probable stress post-traumatique, survenu après le décès accidentel de son épouse et de son garçon de 3 ans.

Cette dépression chronique, sous traitement depuis plusieurs années, ne l'a pas empêché de mettre en jeu de bonnes capacités adaptatives et de maintenir une activité professionnelle tant au Portugal qu'en Suisse.

Il rapporte un bon soutien psychothérapique et l'utilisation de médicaments jugés efficaces. Sans l'accident de février 2019 [i] est permis de penser que M. D.\_\_\_\_\_ serait toujours sur un chantier. En préambule, je souligne ainsi que la problématique actuelle ne semble pas être un prolongement ou un avatar de la dépression mais bel et bien une conséquence de l'accident.

Depuis février 2019, M. D.\_\_\_\_\_ présente des signes évoquant un syndrome post-commotionnel au sens de la rubrique F07.2 de l'ICD10. Il présente ainsi des sensations désagréables, des céphalées et des sensations vertigineuses. Il signale en outre une intolérance au bruit et des acouphènes ainsi qu'une photophobie. Le patient rapporte également des modifications émotionnelles sous la forme d'une irritabilité et un accroissement de la dépression. Il évoque par ailleurs un effondrement de sa sexualité.

Enfin on note des plaintes subjectives liées à une difficulté de concentration que j'observe également au status de ce jour, et une altération de la mémoire. Il a une tendance au retrait social en raison notamment de la sono-phobie qu'il présente depuis l'accident.

L'accident a provoqué par ailleurs une aggravation de la dépression qui a motivé sa psychiatre à augmenter la médication antidépressive. Actuellement il montre cependant toujours un tableau dépressif clair qu'il présente cependant comme fluctuant.

Au plan psychodynamique on ne peut exclure une réactivation d'un stress post-traumatique renvoyant à l'accident subi par son épouse et son fils. Le contexte de la présente évaluation ne m'a pas permis de creuser cette hypothèse qu'il s'agira, pour sa psychothérapeute, de reprendre ultérieurement.

Dans mon observation je n'ai pas noté cette impression de mauvaise volonté suggérée par les neuropsychologues qui l'ont vu en novembre dernier. J'ai au contraire trouvé ce patient volontaire et soucieux de fournir tous les efforts destinés à satisfaire aux contraintes de l'évaluation. La difficulté à soutenir l'attention est inhérente au syndrome post-commotionnel de même qu'une certaine irritabilité. On peut, à certains égards, juger louable qu'il ait déjà pu tenir 1h40."

Du rapport d'évaluation neuropsychologique établi le 29 janvier 2020 par P.\_\_\_\_\_, psychologue spécialisée en neuropsychologie, et H.\_\_\_\_\_, neuropsychologue, de la Clinique K.\_\_\_\_\_, il résulte en particulier ce qui suit :

"M. D.\_\_\_\_\_ a interrompu l'évaluation neuropsychologique après moins d'une heure. Demandant à faire une pause, il a quitté la clinique et ne s'est pas représenté auprès des examinatrices. Contacté par téléphone, il explique avoir eu peur de devoir rester hospitalisé à la clinique et s'est dit dépassé par les questions posées et les tâches administrées.

M. D. \_\_\_\_\_ n'est actuellement pas en mesure de mobiliser ses ressources cognitives pour la passation d'une évaluation neuropsychologique, pour des raisons probablement psychologiques."

Prenant position le 10 février 2020, le Dr R. \_\_\_\_\_ a retenu que l'événement du 25 février 2019 avait causé un traumatisme crânio-cérébral simple avec hémorragie sous-arachnoïdienne, qu'il n'y avait pas de séquelles somatiques ou de traitement liés à l'événement et que l'état dépressif se trouvait au premier plan.

Par décision du 13 février 2020, la CNA a prononcé la fin du versement des prestations d'assurance avec effet au jour même. Elle a retenu à cet égard que, selon les examens pratiqués, les troubles dont l'intéressé se plaignait n'étaient pas suffisamment démontrables d'un point de vue organique et que des troubles psychiques préexistants avaient par ailleurs été aggravés par l'accident. Cela étant, faisant application des principes développés en matière de troubles psychiques, la Caisse a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate.

L'assuré, sous la plume de son mandataire, a formé opposition le 13 mars 2020. Il a notamment fait valoir que la chute subie le 25 février 2019 était de gravité moyenne. Il a ajouté que ses symptômes relevaient d'un tableau clinique typique d'un traumatisme crânio-cérébral, ce qui était confirmé par l'évaluation de la Clinique K. \_\_\_\_\_, et que si, selon les experts, il y avait une intrication étroite entre ses symptômes et la problématique psychique, la présence prépondérante d'un trouble psychiatrique ne permettait pas encore d'imputer les troubles non objectivables à une atteinte psychique distincte du tableau clinique. L'assuré en a déduit que le lien de causalité adéquate devait être examiné à l'aune des critères développés pour les traumatismes crânio-cérébraux. A cet égard, il a argué qu'il présentait des plaintes douloureuses persistantes depuis son accident, que ses troubles l'avaient empêché de mener à terme les examens neuropsychologiques, que l'évolution s'était compliquée d'un trouble dépressif sévère, qu'il se trouvait dans une situation d'isolement social, qu'il présentait une incapacité de travail depuis le mois de février 2019 et que le traitement était relativement

lourd. Globalement, les troubles cliniques se manifestaient donc avec une intensité particulièrement forte. Dans ces conditions, l'assuré a considéré, d'une part, qu'un lien de causalité naturelle et adéquate devait être admis entre ses troubles actuels et l'accident du 25 février 2019 et, d'autre part, que la situation médicale n'était pas encore stabilisée. En conséquence, la cessation des prestations telle que décidée par l'assurance n'était pas fondée.

Par décision sur opposition du 19 août 2020, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 13 février 2020. Dans sa motivation, elle a retenu que l'accident du 25 février 2019 ne pouvait être qualifié d'accident de gravité moyenne *stricto sensu* mais se situait à la limite inférieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne. Se référant par ailleurs à l'avis émis le 10 février 2020 par le Dr R. \_\_\_\_\_ et à l'évaluation des médecins de la Clinique K. \_\_\_\_\_, la CNA a exposé que les troubles n'étaient pas objectivables à l'imagerie médicale et que la relation de causalité adéquate entre ceux-ci et l'accident en cause devait être appréhendée à l'aune de la jurisprudence sur les troubles psychiques. A ce propos, la Caisse a relevé que l'accident en lui-même n'était pas particulièrement impressionnant et n'était pas survenu dans des circonstances dramatiques. De surcroît, les lésions subies n'avaient pas été graves ou de nature à entraîner des troubles psychiques. A cela s'ajoutait que le traitement médical des lésions physiques n'avait pas été anormalement long, l'assuré ayant pu quitter le Centre hospitalier V. \_\_\_\_\_ deux jours après son admission devant la bonne évolution clinique observée par les médecins. Il n'était en outre pas question d'erreurs dans le traitement entraînant une aggravation des séquelles accidentelles et il n'y avait pas eu de difficultés ou de complications au cours de la guérison. De surcroît, l'incapacité de travail avait très vite été motivée par les troubles non objectivables et ne pouvait être considérée comme particulièrement longue. Enfin, les plaintes ne pouvaient être expliquées du point de vue organique. Considérant sur cette base qu'aucun des critères requis par la jurisprudence n'était réalisé, la CNA a conclu que c'était à juste titre que la causalité adéquate avait été niée entre l'accident du 25 février 2019 et les troubles dont se plaignait

l'assuré. Partant, c'était à bon droit qu'il avait été mis fin aux prestations avec effet au 13 février 2020.

**B.** Agissant par l'entremise de son conseil, D. \_\_\_\_\_ a recouru le 15 septembre 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation, au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire et à la reprise du versement des indemnités journalières avec effet au 14 février 2020. Sur le fond, le recourant a en substance repris l'argumentaire développé dans son opposition du 13 mars 2020.

Dans sa réponse du 19 octobre 2020, la CNA, par l'intermédiaire de son conseil, a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 29 octobre 2020, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions.

### **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 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.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 13 février 2020, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles présentés après cette date et l'accident subi le 25 février 2019.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**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).

**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). La question de la causalité adéquate est une question juridique qu'il appartient à l'administration ou au juge de trancher, et non au médecin (TFA U 156/05 du 14 juillet 2006 consid. 4.2).

**d)** En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « *coup du lapin* » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359).

**aa)** Dans ces cas, 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.). Il faut cependant que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9).

**bb)** Pour l'examen de la causalité adéquate, il y a lieu de raisonner par analogie avec la jurisprudence en matière de troubles psychiques. Il convient donc d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité (légère, moyenne ou grave) et d'appliquer des critères objectifs analogues. La situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan doit toutefois être distinguée de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la

base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 précité consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a). Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5.** En l'occurrence, l'intimée a nié le droit du recourant à des prestations d'assurance au-delà du 13 février 2020, considérant que les troubles persistants après cette date n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 25 février 2019.

**a)** Dans le cadre de son analyse, la CNA n'a certes pas clairement pris position sur la question du lien de causalité naturelle entre les troubles rapportés et l'événement du 25 février 2019. Peu importe, toutefois. En effet, dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1 ; TF 8C\_289/2020 du 17 février 2021 consid. 6.1 [destiné à publication]) – comme c'est précisément le cas en l'espèce.

**b)** S'agissant de la causalité adéquate, l'intimée a estimé que l'accident survenu se situait à la limite inférieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne. Cela posé, elle a appréhendé la situation à l'aune de la jurisprudence relative aux troubles psychiques, pour en conclure que le recourant ne réalisait aucun des critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a donc nié l'existence d'un tel lien dans le cas particulier.

Le recourant, pour sa part, a fait valoir que l'accident du 25 février 2019 était de gravité moyenne. Considérant quant à lui que la situation relevait de la jurisprudence propre aux traumatismes crânio-cérébraux, il a estimé satisfait aux critères jurisprudentiels développés en matière de causalité adéquate.

**aa)** Pour ce qui est tout d'abord de la classification de l'accident, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. A cet égard, sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (TF 8C\_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.1.3 et les références citées). Appelé à se positionner plus spécifiquement quant à une chute d'environ 1,5 mètre de hauteur, le Tribunal fédéral a retenu qu'il s'agissait là tout au plus d'un accident de gravité moyenne

*stricto sensu*, étant relevé que selon la casuistique, étaient considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne les chutes de 5 à 8 mètres ayant entraîné des lésions osseuses relativement sévères (TF 8C\_663/2019 du 9 juin 2020 consid. 4.3.2 [avec les références citées] et 4.3.3).

A la lumière de ces éléments, il apparaît admissible d'englober dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu* la chute subie par le recourant en date du 25 février 2019, d'une hauteur estimée entre 1,20 mètre (cf. déclaration de sinistre du 13 mars 2019) et 1,50 mètre (cf. notamment rapport du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2019 et rapport de la Clinique K.\_\_\_\_\_ du 3 février 2020 p. 8), voire 1,6 à 1,7 mètre (cf. rapport d'examen neurologique du 29 janvier 2020 p. 2) ou même 1,8 m (cf. procès-verbal d'entretien du 31 juillet 2019 p. 1), avec réception sur la tête - étant au demeurant précisé qu'aucun avis médical au dossier n'a constaté de lésion osseuse (encore moins de lésion osseuse relativement sévère) suite à cette chute.

**bb)** Cela posé, il reste à déterminer les critères objectifs applicables à l'examen de la causalité adéquate.

Il est constant que l'accident du 25 février 2019 a engendré un traumatisme crânio-cérébral avec hémorragie sous-arachnoïdienne sylvienne et pariétale gauches, ainsi qu'une contusion labyrinthique. Il n'est par ailleurs pas disputé que, dans les suites de l'accident, l'assuré s'est plaint de céphalées, de vertiges, d'acouphènes et de périodes d'absences. L'examen du dossier incite toutefois à relativiser la recrudescence des plaintes deux à trois mois après l'accident, telle qu'évoquée par les médecins de la Clinique K.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'examen neurologique du 29 janvier 2020 p. 4 et rapport d'évaluation interdisciplinaire du 3 février 2020 p. 8). En effet, s'il est vrai que les épisodes de déconnexion ne sont survenus qu'en juin 2019 (cf. rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 26 juin 2019 et rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 9 juillet 2019), il reste que l'accentuation des céphalées a motivé en mars 2019 déjà une consultation aux urgences du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du

Dr O.\_\_\_\_\_ du 4 mars 2019) et que les plaintes globales de l'intéressé ont conduit à une prise en charge dès le mois d'avril 2019 auprès de son médecin traitant, le Dr Q.\_\_\_\_\_, qui l'a adressé au Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL (cf. rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 16 avril 2019). A cela s'ajoute que, lors de son entretien avec un collaborateur de la CNA le 31 juillet 2019, l'assuré n'a signalé aucune recrudescence des plaintes. La nuance ainsi apportée à l'évaluation des spécialistes de la Clinique K.\_\_\_\_\_ ne porte toutefois pas à conséquence.

En effet, sur le plan radiologique, il appert que les examens pratiqués en février 2019 (scanner et angiographie) ont montré une évolution favorable, que le CT-scan réalisé le 3 mars 2019 a mis en évidence la résolution de l'hémorragie, sans signe d'hypertension intracrânienne, et que l'IRM cérébrale du 2 mai 2019 a, quant à elle, révélé une situation dans les limites de la norme. Sur le plan neurologique, il y a lieu de rappeler que l'examen pratiqué au Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ dans les suites immédiates de l'accident s'est avéré dans la norme (cf. rapport de sortie du 1<sup>er</sup> mars 2019). On notera également que le neurologue L.\_\_\_\_\_, spécialement consulté en lien avec des épisodes de déconnexion, n'a pas pu objectiver les plaintes de l'assuré (cf. rapport du 9 juillet 2019). Aucune anomalie d'ordre neurologique n'est davantage ressortie de l'examen spécialisé pratiqué à la Clinique K.\_\_\_\_\_ par le Dr S.\_\_\_\_\_, l'analyse de ce dernier ayant uniquement mis en évidence des anomalies à caractère non somatique avec troubles sensitifs non systématisés (cf. rapport d'examen neurologique du 29 janvier 2020 p. 4). Plusieurs avis médicaux ont en revanche constaté le poids que revêtait l'aspect psychique dans le cas particulier. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a ainsi évoqué une amélioration des plaintes avec l'écoulement du temps et la poursuite de la prise en charge psychiatrique (cf. rapport du 9 juillet 2019). Quant au Dr S.\_\_\_\_\_, il a estimé que si le tableau subjectif s'expliquait en partie au regard des éléments objectifs, il existait néanmoins incontestablement une majoration probablement pour des raisons psychologiques (cf. rapport d'examen neurologique du 29 janvier 2020 p. 3 s.). Plus particulièrement, l'expert psychiatre Z.\_\_\_\_\_ a exposé que la problématique actuelle ne semblait pas être un prolongement ou un avatar de la dépression

antérieure, en lien avec le décès accidentel de la première épouse et du fils de l'assuré plusieurs années auparavant, mais constituait une conséquence de la chute intervenue le 25 février 2019. Pour cet expert, l'intéressé présentait certes des signes évoquant un syndrome post-commotionnel mais l'accident avait par ailleurs provoqué une aggravation de la dépression existante, l'épisode actuel étant sévère (cf. rapport d'examen psychiatrique du 29 janvier 2020 p. 4 s.) ; dans ce contexte, il sied d'ajouter que, contrairement à ce que pourrait laisser à penser le rapport du 4 septembre 2019 du Dr Q.\_\_\_\_\_, le suivi psychiatrique auprès de la Dre E.\_\_\_\_\_ n'a pas débuté avant l'accident mais bien après celui-ci, en date du 22 mars 2019 (cf. attestation du 17 janvier 2020), ce qui plaide également dans le sens d'une détérioration de l'état de santé psychique dans les suites de l'accident. C'est sur cette base que, dans le cadre de leur synthèse interdisciplinaire, les médecins de la Clinique K.\_\_\_\_\_ ont retenu que les troubles de l'assuré étaient seulement partiellement imputables à un syndrome post-commotionnel et une contusion labyrinthique. Pour ces spécialistes, c'était la composante psychiatrique, marquée par un trouble dépressif récurrent alors sévère, qui revêtait actuellement une importance prépondérante et était le plus à même d'expliquer les difficultés de l'assuré, ce dernier n'étant pas en mesure de mobiliser ses ressources cognitives par exemple lors de l'évaluation neuropsychologique (cf. rapport d'évaluation interdisciplinaire du 3 février 2020 p. 9).

Quoi qu'en dise le recourant, il résulte clairement de l'avis ainsi exprimé par les médecins de la Clinique K.\_\_\_\_\_ que c'est bien la problématique psychique qui se trouve au premier plan. Cette évaluation - à laquelle le Dr R.\_\_\_\_\_ s'est rallié et qui n'est, au surplus, contredite par aucune autre appréciation médicale au dossier - doit en outre se voir reconnaître valeur probante. A la lumière de ces éléments, l'intimée était donc fondée à faire application des critères développés par le Tribunal fédéral pour trancher la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques.

**cc) aaa)** Lorsque l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, aux traumatismes analogues à la colonne cervicale ou - comme en l'espèce - aux traumatismes crânio-cérébraux sans preuve d'un déficit organique objectivable, les critères objectifs (dont le Tribunal fédéral a reconnu le caractère exhaustif) sont formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 115 V 133 consid. 6c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;

- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu 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 les 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).

**bbb)** S'agissant de l'examen des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, il doit être réalisé sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. En particulier, un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas à l'admission de la réalisation de ce critère (TF 8C\_612/2019 du 30 juin 2020 consid. 3.3.1 et la référence citée ; TF 8C\_766/2017 & 8C\_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.1). Dans le cas particulier, l'assuré a chuté d'une hauteur de 1,5 mètre environ, dans l'exercice de son travail habituel. Si on ne peut certes pas qualifier une telle chute d'anodine, il reste qu'objectivement on ne peut voir là des circonstances particulièrement impressionnantes ou dramatiques. Ce critère n'est, dès lors, pas réalisé.

C'est par ailleurs le lieu de relever que l'événement du 25 février 2019 a engendré un traumatisme crânio-cérébral *a priori* léger, accompagné d'une hémorragie sous-arachnoïdienne - ultérieurement résorbée (cf. rapport de CT-scan du 3 mars 2019) - et d'une contusion labyrinthique (cf. rapport d'évaluation interdisciplinaire du 3 février 2020 p. 1 et rapport d'évaluation neurologique du 29 janvier 2020 p. 4). Ces lésions n'étaient, à l'évidence, ni spécialement graves ni de nature à occasionner des troubles psychiques.

S'agissant de la durée anormalement longue du traitement, seul doit être pris en considération le traitement thérapeutique nécessaire. N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TF 8C\_259/2016 du 23 janvier 2017 consid. 6.3 et les références citées). L'aspect temporel n'est en outre pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement et si l'on peut attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C\_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.1 et les références citées). A noter encore que la prise de médicaments et la

prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C\_566/2019 du 27 novembre 2020 consid. 7.1 et la référence citée). Dans le cas particulier, force est de relever que le traitement médical subi par le recourant a consisté exclusivement en un traitement conservateur médicamenteux et physiothérapeutique, à l'exclusion de toute intervention chirurgicale ou hospitalisation de longue durée. Ce critère n'est, dès lors, pas réalisé. Dans le même contexte, on peut également relever qu'aucune erreur de traitement ni complication n'est à déplorer et qu'il n'y a pas non plus d'indices pour admettre des difficultés ou complications importantes au cours de la guérison.

Pour ce qui est de l'incapacité de travail, elle a de toute évidence rapidement cessé d'être motivée par les lésions physiques découlant de l'accident du 25 février 2019, compte tenu de l'évolution favorable de ces lésions mise en évidence tant sur le plan de l'imagerie (cf. rapport de CT-scan du 3 mars 2019 et rapport d'IRM cérébrale du 2 mai 2019) que sur le plan strictement neurologique (cf. notamment rapport de sortie du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2019, rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 9 juillet 2019 et rapport d'évaluation interdisciplinaire du 3 février 2020). Ce critère n'est, en conséquence, pas non plus réalisé dans le cas particulier.

On relèvera finalement que, pour qu'un assuré puisse se prévaloir du critère relatif à l'intensité des douleurs, il faut que, durant le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA) aient existé, sans interruption conséquente, des douleurs importantes. L'importance se mesure sur la base de la crédibilité des douleurs et sur les empêchements provoqués par les douleurs dans la vie de tous les jours pour la personne accidentée (TF 8C\_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.5). L'importance de ce critère doit d'emblée être relativisée *in casu*, compte tenu des vraisemblables effets délétères de la problématique psychique qui se trouve au premier plan. On notera, par ailleurs, que nonobstant l'intensité des douleurs lors de l'évaluation à la Clinique K.\_\_\_\_\_ (100 sur 100 à l'échelle visuelle analogique [cf. rapport

d'évaluation interdisciplinaire du 3 février 2020 p. 5]), l'assuré a expliqué ne prendre son traitement médicamenteux (Zaldiar et Voltarène en réserve) que si les céphalées étaient trop fortes (cf. rapport d'évaluation interdisciplinaire du 3 février 2020 p. 5), ce qui ne cadre pas avec l'existence de douleurs persistantes particulièrement intenses. A cela s'ajoute également que l'intéressé a obtenu des résultats médiocres à l'évaluation des capacités fonctionnelles, les performances ne reflétant que ce qu'il acceptait de faire et non ses aptitudes réelles, et que sa situation présente une certaine complexité biopsychosociale (cf. rapport d'évaluation interdisciplinaire du 3 février 2020 p. 8 s.), soit des éléments susceptibles - dans une certaine mesure - de traduire une influence négative du point de vue du ressenti douloureux. Au final, de telles circonstances ne sauraient être révélatrices de douleurs particulièrement marquantes au sens de la jurisprudence. En tout état de cause, même à reconnaître une certaine intensité aux douleurs du recourant, la réalisation éventuelle de ce seul critère demeurerait sans incidence du point de vue de la causalité adéquate, en présence d'un accident de gravité moyenne.

**cc)** Il suit de là que les réquisits jurisprudentiels en matière de causalité adéquate ne sont pas remplis dans le cas particulier.

**c)** Compte tenu de ce qui précède, c'est à donc à juste titre que la CNA a nié le lien de causalité entre les troubles de l'assuré et l'accident du 25 février 2019. L'intimée était en conséquence légitimée à mettre un terme aux prestations d'assurance au 13 février 2020 (date de son premier prononcé).

**6. a)** Le recours s'avère ainsi mal fondé et doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGa, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a 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  
prononce :**

- I. Le recours déposé le 15 septembre 2020 par D.\_\_\_\_\_ est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 19 août 2020 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour D.\_\_\_\_\_),
- 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 :