

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 décembre 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Métral et Mme Gauron-Carlin, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...] (France), recourant, représenté par Me Marc-Antoine Aubert, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1986, a travaillé dès le 1<sup>er</sup> juin 2007 à temps partiel (25 %) comme nettoyeur auprès de l'entreprise K.\_\_\_\_\_ SA et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 31 août 2007, il a été victime d'un accident de la circulation survenu sur l'autoroute en Espagne, en compagnie de son amie et des parents de celle-ci. Le père de son amie, qui conduisait, est décédé sur place et son amie est devenue paraplégique à la suite de cet accident. L'assuré a présenté un traumatisme crânien simple, des plaies du cuir chevelu avec perte de substance au niveau pariétal gauche, une contusion pulmonaire ainsi que des contusions multiples. Hospitalisé sur place, il a ensuite été rapatrié en Suisse.

Dans les suites de cet accident, l'assuré a souffert de cervico-dorsalgies (consultation aux urgences du R.\_\_\_\_\_ [ci-après : R.\_\_\_\_\_] du 10 septembre 2007), qui ont par la suite disparu (rapport du 19 novembre 2008 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie).

L'assuré s'est également plaint d'acouphènes (rapport du 14 novembre 2008 du Dr I.\_\_\_\_\_, médecin généraliste) ainsi que d'une hypersensibilité auditive, lui provoquant des céphalées (consultation aux urgences du R.\_\_\_\_\_ du 10 septembre 2007), en raison de laquelle il a quitté son emploi de nettoyeur fin octobre 2007, quelques semaines après l'avoir repris. Dans un certificat médical du 7 novembre 2007, le Dr N.\_\_\_\_\_ du R.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré devait éviter toute activité bruyante, comme l'aspirateur, ainsi que l'exposition à une lumière vive. L'examen oloneurologique pratiqué n'a pas montré de lésion audio-vestibulaire. Selon le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, l'assuré souffrait d'une symptomatologie d'acouphène et d'hyperacousie douloureuse dans les suites d'un événement traumatique majeur. Il a

également posé le diagnostic de trouble psychologique post-traumatique (rapport du 4 décembre 2007).

Après une période d'incapacité de travail, l'assuré a pu reprendre une activité professionnelle comme vendeur auprès de la H. \_\_\_\_\_ dès le 25 février 2008, où il travaillait à plein temps (entretien du 2 juin 2008 avec un collaborateur de la CNA).

L'assuré a été examiné le 14 octobre 2008 par le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, et le 18 novembre 2008 par le Dr B. \_\_\_\_\_. Il présentait toujours une intolérance au bruit, toutefois moins importante, et a indiqué qu'il s'y était habitué. Il s'est plaint de céphalées intermittentes et de douleurs aux changements de temps. L'examen neurologique n'a pas révélé d'éléments permettant de conclure à une atteinte structurelle majeure du système nerveux. Le Dr V. \_\_\_\_\_ a communiqué à la CNA qu'il ne voyait pas d'autre solution que de prendre en charge l'incapacité de travail jusqu'au 25 février 2008, à condition qu'elle ait été attestée médicalement, n'étant pas en mesure de se prononcer à ce sujet de manière rétroactive, après presque une année.

L'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail totale depuis le 9 décembre 2008 en raison d'une aggravation de ses troubles.

Après avoir écarté l'existence d'une céphalée post-traumatique et exclu une cause infectieuse ou inflammatoire, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a estimé que le diagnostic le plus probable était celui d'une céphalée de tension (rapports des 21 décembre 2008 et 17 janvier 2009).

Le 20 janvier 2009, l'assuré a vu le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, en vue de discuter d'une éventuelle correction de la zone d'alopecie qu'il présentait et d'une intervention au niveau du pli du coude

gauche en raison d'une gêne provoquée par un probable fragment de verre.

Le contrat de travail de l'assuré auprès de la H.\_\_\_\_\_ a été résilié pour le 31 mai 2009.

En réponse à la demande de la CNA, le Dr V.\_\_\_\_\_ a considéré, en date du 24 septembre 2009, qu'une relation de causalité entre l'accident du 31 août 2007 et l'incapacité de travail ayant débuté le 9 décembre 2008 était possible seulement, voire exclue.

Par décision du 5 octobre 2009, la CNA a refusé de prendre en charge les troubles pour lesquels un traitement médical avait été entrepris à partir du 9 décembre 2008 au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre ceux-ci et l'accident du 31 août 2007.

Par courrier du 9 octobre 2009, la CNA a indiqué à l'assuré être disposée à verser l'indemnité journalière du 7 octobre 2007 au 24 février 2008 à bien plaisir et sans engagement pour l'avenir. Elle renonçait par ailleurs à procéder à des investigations complémentaires pour établir l'incapacité de travail totale de l'assuré durant cette période.

**b)** Dans le cadre de la demande de prestations déposée par l'assuré auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), une expertise neurologique, neuropsychologique et psychiatrique a été réalisée le 12 mars 2010. Les Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de status après TCC [traumatisme crânio-cérébral] sans séquelle neurologique ou neuropsychologique objective, mais avec une exacerbation de la sensibilité aux bruits subjective, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) depuis la date de l'accident, et des difficultés liées à son rôle social (Z60.0) depuis l'accident également. Les médecins ont conclu à une pleine capacité de travail, précisant que les plaintes

subjectives d'hypersensibilité aux bruits étaient à même de justifier un environnement peu bruyant pour toute reprise du travail.

Le 30 juin 2010, l'OAI a rendu une décision refusant à l'assuré le droit à des prestations de l'AI, au motif qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante.

**c)** L'assuré ayant formé opposition à la décision de la CNA du 5 octobre 2010, il a été revu par le Dr V.\_\_\_\_\_ en date du 19 avril 2010. La situation était inchangée, il présentait toujours des céphalées vespérales qui l'empêchaient de s'endormir, une sensation de gonflement douloureux des cicatrices aux changements de temps et une intolérance au bruit. La lésion sous-cutanée sous le coude gauche ne le gênait en revanche plus.

A la demande de la CNA, l'assuré a été à nouveau examiné par le Dr F.\_\_\_\_\_. Dans son rapport médical du 10 septembre 2010, ce médecin a retenu le diagnostic d'acouphène et hyperacousie en voie de compensation. Le bilan audiolinguistique était normal, l'acouphène et l'hyperacousie s'étaient améliorés et le patient s'était habitué aux symptômes, qui étaient devenus acceptables. Il n'y avait donc pas de limitation de sa capacité de travail sur le plan ORL, outre l'évitement d'une activité en milieu bruyant.

Dans une prise de position du 7 octobre 2010, le Dr V.\_\_\_\_\_ a estimé que l'incapacité de travail reconnue à l'assuré dès le 9 décembre 2008 ne trouvait pas de justification médicale.

Dans leur appréciation du 5 octobre 2012 à l'intention de la CNA, les Drs V.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont considéré que les plaintes de l'assuré étaient subjectives et pouvaient s'expliquer par les conséquences dramatiques de l'accident. S'il était vraisemblable que l'assuré avait présenté un épisode dépressif dans les suites de cet accident, ils contestaient en revanche le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par le Dr D.\_\_\_\_\_, car

l'assuré n'avait pas présenté plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de période de rémission. Ils ont indiqué que l'assuré avait quitté la Suisse sans donner de nouvelles à sa famille.

Les 3 février 2015 et 2 mars 2016, l'assuré a transmis à la CNA des documents émanant de médecins français, faisant état de la persistance de céphalées, d'une intolérance au bruit et d'acouphènes. Dans un certificat médical du 27 mai 2014, la Dre W. \_\_\_\_\_ a mentionné qu'il était incapable d'assumer un poste de salarié avec horaires fixes et qu'il avait dû s'adapter en prenant un statut d'autoentrepreneur. Il présentait en outre des troubles de la concentration et des troubles du caractère avec irritabilité et anxiété. Il se plaignait d'une amputation du champ visuel gauche, pour laquelle il avait été renvoyé à un ophtalmologue. Dans un rapport établi le 2 juin 2014, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a précisé que l'audio-tympanogramme était normal tout comme le reste de l'examen ORL.

L'assuré a été examiné le 16 mars 2015 par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre conseil de la CNA. Dans son évaluation médicale du 21 avril 2015, ce médecin a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'autres modifications durables de la personnalité (F62.8). Il a précisé que le lien de causalité naturelle entre l'accident et ces troubles pouvait être qualifié de certain. Le trouble dépressif diagnostiqué en 2010 par le Dr D. \_\_\_\_\_ n'était plus d'actualité. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a précisé que c'étaient les troubles subjectifs documentés qui avaient contribué et permis, entre autres facteurs, de conclure aux diagnostics des troubles psychiques cités. Il notait la présence de quelques symptômes que l'on trouve dans les états de stress post-traumatique, mais pas en nombre suffisant pour atteindre le seuil diagnostique. Il a évalué l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 30 % au regard de la table Suva n° 19.

Par décision sur opposition du 19 janvier 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a en substance retenu l'absence de cause

organique traumatique structurelle aux plaintes de l'assuré et nié un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques.

**B.** L'assuré a recouru contre cette décision sur opposition en date du 20 février 2017 auprès de la Cour des assurances sociales. Il a notamment produit un rapport établi en France le 22 avril 2015 par le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui mentionnait que l'ensemble des examens effectués étaient normaux et concluait à un syndrome post-commotionnel, avec céphalées prédominantes, qu'il estimait nécessaire d'indemniser à hauteur de 10 % d'incapacité partielle permanente.

Par arrêt du 10 janvier 2018 (AA 18/17 - 5/2018) la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, après avoir reconnu l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques, a ordonné le renvoi de la cause à la CNA pour mise en place d'une expertise psychiatrique puis nouvelle décision. Cet arrêt a été partiellement annulé sur recours par le Tribunal fédéral (TF 8C\_192/2018 du 12 mars 2019), au motif qu'il était prématuré de statuer sur la causalité adéquate, la cause étant retournée à la CNA pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique puis, en fonction du résultat de celle-ci, pour examen de la causalité adéquate et nouvelle décision.

**C.** L'assuré a fait parvenir à la CNA un rapport du 19 mars 2019 de la Dre W.\_\_\_\_\_, qui mentionnait qu'il souffrait de céphalées invalidantes avec impossibilité de travailler dans le bruit alors qu'il avait une formation de soudeur et travaillait actuellement comme maçon. Elle a précisé qu'il ne pouvait pas travailler à plein temps et que sa situation psychologique et somatique n'avait pas évolué depuis 2015.

La CNA a confié la réalisation de l'expertise psychiatrique au Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 27 janvier 2020, celui-ci a posé les diagnostics de dysthymie (F34.1) existant depuis plusieurs années et faisant possiblement suite à un trouble de l'adaptation en réaction à l'accident du 31 août 2007, et d'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile (Z73.1)

existant depuis l'adolescence. Il a écarté l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a estimé que ces atteintes ne justifiaient pas d'incapacité de travail durable depuis l'accident de 2007, ni d'atteinte à l'intégrité.

L'assuré s'est déterminé sur le rapport d'expertise par courrier du 17 août 2020.

Dans une notice psychiatrique du 7 octobre 2020, le Dr C. \_\_\_\_\_ a maintenu son diagnostic de trouble douloureux somatoforme en tout cas jusqu'à juin 2015 et confirmé n'avoir pas retrouvé de trouble de la personnalité avant l'accident de 2007.

Dans une appréciation du 19 novembre 2020, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin d'arrondissement à la CNA, a retenu, sur la base des documents médicaux au dossier, que l'accident du 31 août 2007 n'avait pas entraîné de lésion structurelle objectivable et que même une commotion cérébrale (traumatisme crânio-cérébral léger) n'était pas avérée avec certitude. La mise en œuvre d'un examen neuropsychologique n'avait dès lors pas d'intérêt, étant donné que les résultats ne seraient pas interprétables sur le plan de la causalité.

Par décision du 7 janvier 2021, la CNA a fait savoir qu'elle ne verserait pas de prestations pour les troubles annoncés dès le 9 décembre 2008 puisque, de l'avis de son service médical, il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident et ces troubles.

L'assuré s'est opposé à cette décision en date du 8 février 2021. Il a notamment reproché à la CNA de ne pas avoir pris position sur les nombreuses observations qu'il avait apportées au sujet du rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_. Il était d'avis qu'une nouvelle expertise s'imposait pour départager les avis des psychiatres, complétée d'un bilan neuropsychologique.

Par décision sur opposition du 20 juillet 2021, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé son refus de prester à partir du 9 décembre 2008. Elle a estimé que son obligation de motiver la décision n'avait pas été violée, que les examens médicaux avaient permis d'écartier une cause organique aux troubles résiduels dont se plaignait l'assuré (céphalées, acouphènes et hyperacousie) et qu'une instruction complémentaire n'était pas nécessaire. Se référant aux critiques émises par l'assuré, la CNA a considéré qu'elles ne permettaient pas de démontrer que l'examen psychiatrique réalisé par le Dr Q.\_\_\_\_\_ reposerait sur des éléments de faits erronés ou qui n'auraient pas été rapportés avec tout le soin et la diligence requises, et que cette expertise avait pleine valeur probante. Elle a en outre nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles annoncés dès le 9 décembre 2008, qualifiant l'accident comme étant de gravité moyenne *stricto sensu* et estimant qu'aucun des critères déterminants n'était réalisé en l'espèce.

**D.** Par acte de son mandataire du 14 septembre 2021, J.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que lui soient allouées des prestations depuis le 9 décembre 2008 sur la base d'un taux d'invalidité non inférieur à 50 % ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux non inférieur à 30 % ; il a conclu subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a estimé que la CNA ne pouvait pas se fonder sur l'avis récent du Dr Q.\_\_\_\_\_ pour juger les troubles de la santé depuis 2007, en faisant abstraction des précédents examens, notamment psychiatriques. Il a contesté plusieurs éléments factuels retenus dans l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_. Il a considéré que l'instruction de la CNA était insuffisante et a requis l'octroi d'un délai pour transmettre un nouveau rapport d'expertise psychiatrique.

Par courrier du 6 janvier 2022, le recourant a produit le rapport d'expertise privée établi le 22 novembre 2021 par le Dr S.\_\_\_\_\_,

spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont il s'est prévalu des conclusions et a demandé le remboursement par la CNA, pour un montant de 4'495 francs. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique (F43.1), actuellement en rémission partielle, ayant évolué vers une modification durable traumatique de la personnalité (F62.0), ainsi que le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de difficultés liées à l'emploi ou au chômage (Z56). Il a estimé que la capacité de travail du recourant avait été nulle depuis août 2007 à janvier 2008, de 50 % sans baisse de rendement ou de 100 % avec une baisse de rendement de 50 % de février 2008 à décembre 2014, de 60 % sans baisse de rendement ou de 100 % avec une baisse de rendement de 40 % de janvier 2015 à décembre 2020 et de 70 % sans baisse de rendement ou de 100 % avec une baisse de rendement de 30 % depuis janvier 2021 jusqu'à présent.

Dans sa réponse du 17 février 2022, la CNA a écarté les reproches formulés envers l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_ et fait remarquer que tant cet expert que le Dr S.\_\_\_\_\_ avaient exclu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, si bien que dans la mesure où la causalité adéquate était niée, le point de savoir s'il fallait retenir un état de stress post-traumatique actuellement en rémission ayant laissé la place à une modification traumatique de la personnalité ou une dysthymie pouvait rester indécis, de même que la conséquence de ces troubles sur la capacité de travail. Elle a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 24 mai 2022, le recourant a soutenu que l'intimée méconnaissait les questions qui demeuraient en l'état actuel de la procédure et que l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ était plus complète. Il a réitéré ses critiques à l'encontre de l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_, telles que contenues dans ses déterminations du 17 août 2020, qu'il a produites, et a reproché à l'intimée de ne pas avoir pris position sur celles-ci. Il a mentionné que le Dr C.\_\_\_\_\_ avait confirmé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant qu'il avait posé, lequel n'avait pas entièrement été écarté par le Dr Q.\_\_\_\_\_. Il a listé les raisons pour lesquelles il était néanmoins préférable de retenir le diagnostic du Dr

S.\_\_\_\_\_. Constatant que le lien de causalité naturelle ressortait clairement du rapport du Dr S.\_\_\_\_\_, il a considéré qu'il y avait également un lien de causalité adéquate entre l'accident - qui devait être classé à la limite supérieure de la gravité moyenne - et les troubles, retenant que le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident était rempli et que celui de l'incapacité de travail considérablement longue paraissait également réalisé. Il a modifié ses conclusions en ce sens que lui soient allouées des prestations sur la base d'un taux d'invalidité de 50 % du 9 décembre 2008 au 31 décembre 2014, de 40 % du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 décembre 2020 et de 30 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 30 %, et concluant subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimée pour détermination du droit aux prestations.

Dans sa duplique du 15 juin 2022, la CNA a contesté que des questions resteraient encore ouvertes et a confirmé la valeur probante de l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_.

Dans ses déterminations du 8 août 2022, le recourant a fait valoir que les critiques qu'il avait émises envers le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ auraient mérité, dans le respect de son droit d'être entendu, un examen moins lapidaire de la part de l'intimée. Il a pour le reste maintenu ses arguments.

### **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)** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour les troubles annoncés dès le 9 décembre 2008.

**b)** Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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 un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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 cranio-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).

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 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 et 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_400/2020 du 14 avril 2021 consid. 2.2).

**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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

**aa)** Pour l'examen de la causalité adéquate en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau

clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, 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 cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Il s'agit donc d'appliquer par analogie les critères jurisprudentiels utilisés en cas d'atteintes additionnelles à la santé psychique, mais sans distinguer entre les composantes somatiques et psychiques des lésions. 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 distinguant entre atteintes psychiques et physiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

**bb)** Au regard de la doctrine médicale, le Tribunal fédéral a retenu que les acouphènes ou tinnitus ne pouvaient pas être considérés comme une atteinte physique ou, pour le moins, comme une atteinte ayant obligatoirement pour origine une cause physique. Dès lors, en présence d'un tinnitus qui n'est pas attribuable à une atteinte organique objectivable d'origine accidentelle (grâce à des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie à laquelle associer les acouphènes), le rapport de causalité adéquate avec l'accident ne peut pas être admis sans faire l'objet d'un examen particulier comme c'est le cas pour d'autres tableaux cliniques sans preuve d'un déficit organique (ATF 138 V 248). Cela signifie qu'en l'absence de lésion organique spécifique, le lien de causalité adéquate entre les acouphènes et l'accident doit être examiné selon les critères objectifs applicables en cas de troubles psychiques, à moins que l'atteinte à la santé subie dans le cas particulier justifie l'application des critères d'examen de la causalité adéquate en matière d'accident de type « coup du lapin » (TF 8C\_867/2014 du 28

décembre 2015 consid. 2 ; TF 8C\_498/2011 du 3 mai 2012 consid. 6, non publié in ATF 138 V 248).

**d)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C\_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C\_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

**4. a)** L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

**b)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique,

mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave.

**5. a)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**b)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi,

le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**6. a)** Le litige s'inscrit à la suite d'un renvoi de la cause à la CNA pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

**b)** Lorsqu'un recours est interjeté contre une décision rendue à la suite d'un arrêt de renvoi, l'autorité de recours ne revoit pas les questions de droit qu'elle a elle-même définitivement tranchées dans l'arrêt de renvoi. Ce principe découle de la constatation que la juridiction supérieure n'est pas autorité de recours contre ses propres décisions (ATF 140 III 466 consid. 4.2.1 et références citées).

**c)** En l'occurrence toutefois, l'arrêt rendu par la Cour des assurances sociales le 10 janvier 2018 a été partiellement annulé par le Tribunal fédéral. Il résulte de l'arrêt du Tribunal fédéral qu'il y avait lieu de résoudre les questions de fait relatives à la nature et au caractère incapacitant d'éventuels troubles psychiques ainsi qu'à leur causalité naturelle avec l'accident en cause avant de se prononcer sur la causalité adéquate. Le Tribunal fédéral a donc annulé « les chiffres I et II du dispositif du jugement cantonal qui renvoie aux considérants sur la question de la causalité adéquate » tout en confirmant la nécessité d'un renvoi à la CNA pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique. Il a invité la CNA, en fonction du résultat de cette expertise, à se prononcer à nouveau sur le lien de causalité adéquate et à rendre une nouvelle décision. L'arrêt cantonal n'a été maintenu que sur la question des dépens puisque le renvoi du dossier à la CNA était justifié (TF 8C\_192/2018 du 12 mars 2019 consid. 6). La Cour de céans est donc libre de se prononcer à nouveau sur toutes les questions qu'il y a lieu de résoudre pour trancher le litige, y compris les questions liées à la causalité naturelle et adéquate.

**7. a)** En l'occurrence, le recourant a subi un traumatisme crânien simple lors de l'accident du 31 août 2007, avec une importante plaie pariétale gauche et de multiples contusions. Dans son appréciation du 19 novembre 2020, le Dr A.\_\_\_\_\_ relève que selon le rapport initial de l'Hôpital de [...] en Espagne, l'existence d'une commotion cérébrale n'était pas avérée avec certitude. Il est toutefois admis par la très grande majorité des médecins, ainsi que par la CNA, que le recourant a souffert d'un traumatisme cranio-cérébral léger. La CNA a pris en charge les suites de cet accident jusqu'au 25 février 2008, suivant l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_ du 14 octobre 2008. Elle refuse en revanche de prester pour les troubles que le recourant fait valoir à partir du 9 décembre 2008. Il convient d'examiner les différentes plaintes du recourant, de déterminer les atteintes qui étaient présentes au-delà du 9 décembre 2008 et si elles sont en rapport de causalité naturelle avec l'accident.

**b)** Depuis la consultation au R.\_\_\_\_\_ du 10 septembre 2007, le recourant se plaint de céphalées, d'acouphènes ainsi que d'une hyperacousie douloureuse. Il faut constater que ces atteintes reposent uniquement sur les doléances de l'assuré. Celui-ci a été examiné par plusieurs spécialistes et a passé différents examens en rapport avec ces troubles, qui n'ont toutefois pas permis de retenir une cause organique, voire l'ont exclue.

**aa)** L'examen neurologique du Dr B.\_\_\_\_\_, qui a certes eu lieu quelques semaines avant la réapparition plus intensive des céphalées, n'a pas révélé d'éléments permettant de conclure à une atteinte structurelle majeure du système nerveux (rapport médical du 19 novembre 2008). Le Dr X.\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen neurologique le 19 décembre 2008, qui s'est révélé normal, ainsi qu'à une ponction lombaire, laquelle a permis d'exclure une cause infectieuse ou inflammatoire du système nerveux (cf. rapports des 21 décembre 2008 et 17 janvier 2009). Il qualifie les maux de tête de l'assuré de céphalées de tension tout en précisant qu'elles ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a en effet exclu qu'il s'agisse d'une

céphalée post-traumatique car celle-ci aurait dû survenir au maximum une semaine après le traumatisme crânien ou après la reprise de la conscience à la suite du traumatisme crânien. Il faut certes constater que son rapport médical du 21 décembre 2008 se fonde sur les douleurs présentes depuis début décembre 2008 et ne fait pas mention des maux de tête dont l'assuré s'est plaint dès sa consultation au R. \_\_\_\_\_ le 10 septembre 2007. Ces derniers n'apparaissent toutefois pas de la même intensité étant donné que le rapport établi le 14 novembre 2007 par le Dr I. \_\_\_\_\_ à l'intention de la CNA n'en faisait pas mention, que le recourant n'en a pas non plus parlé lors de son entretien avec un collaborateur de la CNA le 2 juin 2008 et qu'il les a qualifiés d'intermittents lors de l'examen par le Dr B. \_\_\_\_\_, le 18 novembre 2008. Dans son appréciation du 5 octobre 2012, le Dr V. \_\_\_\_\_ a relevé que le Dr B. \_\_\_\_\_ n'avait pas fait mention de céphalées post-traumatiques dans le cadre de son examen et estimait qu'il n'y avait pas lieu de remettre en question le diagnostic du Dr X. \_\_\_\_\_, qu'aucun autre élément médical ne contredisait. Il convient par conséquent de retenir que les céphalées dont le recourant a souffert après le 9 décembre 2008 n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident.

**bb)** En ce qui concerne les acouphènes et l'hyperacousie, le Dr F. \_\_\_\_\_ conclut dans son rapport du 10 septembre 2010 à un bilan audiolinguistique normal et, sur le plan ORL, à l'inexistence de limitation de la capacité de travail, à la condition d'éviter une activité en milieu bruyant. Il précise qu'en décembre 2007, l'examen audio-vestibulaire était déjà normal, outre un abaissement du seuil auditif d'inconfort et de douleurs qu'il qualifiait de subjectif. A l'examen du 30 août 2010, il observe une amélioration de l'acouphène et de l'hyperacousie, ceci sur la base de l'anamnèse de son patient. Ainsi, l'apparition comme l'amélioration de l'acouphène et de l'hyperacousie ne peuvent pas être objectivées par l'examen clinique. Quant au Dr G. \_\_\_\_\_, il mentionne une exacerbation de la sensibilité au bruit qu'il qualifie lui aussi de subjective. Lors de son examen, il n'a décelé aucune atteinte des fonctions neurologiques de base ni des fonctions cognitives. Cela étant, le Dr F. \_\_\_\_\_ a considéré la symptomatologie d'acouphène et l'hyperacousie douloureuse comme des

suites de l'événement traumatique (rapport du 4 décembre 2007), ce qui permet de reconnaître un lien de causalité naturelle avec celles-ci.

**cc)** Les pièces produites par le recourant émanant de ses médecins français n'amènent aucun élément nouveau ou entrant en contradiction avec les rapports au dossier de la CNA. On retrouve la mention des céphalées, de l'hyperacousie douloureuse et des acouphènes permanents dans le rapport de la Dre W. \_\_\_\_\_, mais celle-ci ne fait que rapporter les doléances de son patient (rapport médical du 27 mai 2014). L'examen ORL par le Dr P. \_\_\_\_\_ confirme le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ en ce sens qu'il n'a rien révélé d'anormal (rapport médical du 2 juin 2014). Ce médecin va même jusqu'à préciser que les céphalées ne paraissent pas en rapport direct avec la sphère ORL. Il s'écarte ainsi de l'avis de son patient qui considère que les céphalées sont aggravées par l'intolérance au bruit. Le Dr E. \_\_\_\_\_ retient le diagnostic de syndrome post-commotionnel simple avec céphalées prédominantes sans cependant objectiver son appréciation. Bien au contraire, il qualifie l'ensemble des examens de rigoureusement normaux, examen neurologique compris (rapport médical du 22 avril 2015).

**c)** Il convient également de relever que lors de la consultation au R. \_\_\_\_\_ le 10 septembre 2007, l'assuré a indiqué souffrir de douleurs cervico-dorsales. Le bilan radiologique alors effectué n'a pas montré de lésion post-traumatique. Les rapports médicaux établis ultérieurement n'en font toutefois plus mention et, à l'occasion de l'examen du Dr B. \_\_\_\_\_ le 19 novembre 2008, le recourant a précisé que ces douleurs avaient en effet disparu. Celles-ci n'étaient donc plus présentes après le 9 décembre 2008.

**d)** Le recourant a par ailleurs présenté dans les suites de l'accident une zone d'alopecie dans la région temporale gauche et un probable fragment de verre dans le coude gauche. Le Dr M. \_\_\_\_\_ lui a proposé une intervention pour ces atteintes (rapport du 20 janvier 2009), mais le recourant n'a finalement pas donné suite à cette proposition. Il avait déjà indiqué qu'il envisageait de renoncer à une intervention pour

l'alopecie due à la cicatrice car les cheveux poussant au-dessus permettaient de cacher la zone (entretien du 2 juin 2008 avec un collaborateur de la CNA). Il a en outre fait savoir qu'il n'était plus gêné au niveau du coude (rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 19 avril 2010). Dans leur appréciation du 5 octobre 2012, les Drs V. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ ont relevé que la zone d'alopecie était limitée et cachée par la manière dont le recourant se coiffe de sorte qu'elle ne constituait donc pas un préjudice esthétique important.

**8. a)** Sur le plan psychique, plusieurs expertises ont été mises en oeuvre. Le Dr D. \_\_\_\_\_, dans son évaluation du 12 mars 2010 requise par l'OAI, retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à l'époque de l'examen, existant depuis la date de l'accident, ainsi que des difficultés liées à son rôle social, également depuis la date de l'accident. Les Drs V. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ contestent toutefois de manière convaincante ce diagnostic de trouble dépressif récurrent au motif que l'assuré n'a pas présenté plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de périodes de rémission (cf. appréciation du 5 octobre 2012).

Le Dr C. \_\_\_\_\_, qui a examiné l'assuré le 16 mars 2015, retient les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'autres modifications durables de la personnalité, en lien de causalité naturelle avec l'accident. Il considère que le trouble dépressif diagnostiqué par le Dr D. \_\_\_\_\_ n'est plus d'actualité compte tenu du changement de vie de l'assuré. Le Dr C. \_\_\_\_\_ ne peut préciser si l'atteinte psychique est dépendante ou indépendante du traumatisme crânio-cérébral. Il indique que le syndrome douloureux d'intensité fluctuante dont souffre le recourant s'est installé après la survenue de l'accident pour rester présent et dominer sa vie, avec des céphalées et des acouphènes permanents ainsi qu'une hypersensibilité auditive handicapante (rapport p. 7).

Dans une nouvelle prise de position du 7 octobre 2020, le Dr C. \_\_\_\_\_ a reconnu que son rapport ne satisfaisait pas aux exigences de la jurisprudence applicable en cas de syndrome douloureux somatoforme ou d'affections psychosomatiques comparables (ATF 141 V 281) rendue

dans l'intervalle. Il a cependant maintenu son diagnostic de trouble douloureux somatoforme en tout cas jusqu'à juin 2015 et confirmé n'avoir pas retrouvé de trouble de la personnalité avant l'accident de 2007.

A la suite du renvoi de la cause à la CNA, cette dernière a fait réaliser une expertise psychiatrique par le Dr Q.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 27 janvier 2020, il a posé les diagnostics de dysthymie (F34.1) existant depuis plusieurs années et faisant possiblement suite à un trouble de l'adaptation en réaction à l'accident du 31 août 2007, et d'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile (Z73.1) existant depuis l'adolescence.

Quant au Dr S.\_\_\_\_\_, mandaté en vue d'une expertise privée, il estime que le recourant souffre d'un état de stress post-traumatique (F43.1), actuellement en rémission partielle, ayant évolué vers une modification durable traumatique de la personnalité (F62.0).

**b)** La CNA s'est fondée sur le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ dans la décision litigieuse. Il convient effectivement de reconnaître une pleine valeur probante à cette expertise. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a eu connaissance de l'ensemble du dossier du recourant, recueilli son anamnèse de manière complète, retranscrit ses plaintes, puis a procédé à un examen psychiatrique détaillé et a rendu des conclusions dûment motivées, posant les diagnostics dans les règles de l'art et expliquant notamment les raisons pour lesquelles il s'écartait des diagnostics précédemment retenus.

L'expert a constaté un décalage entre les plaintes du recourant et ses observations à l'examen ainsi que les éléments objectivables de son anamnèse, qui contraste avec une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie et laisse planer des doutes sur la sévérité réelle de ses symptômes. Il relève ainsi que malgré le caractère dramatique de ses plaintes, le recourant gère ses symptômes avec un traitement antalgique qui associe le Tramadol et le Paracétamol dans un comprimé, lequel n'avait

cependant pas été détecté dans les analyses sanguines. En tenant compte de ces incohérences, des éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen, il a écarté l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il estime que ce diagnostic, retenu par le Dr C.\_\_\_\_\_, semble se baser sur les plaintes subjectives du recourant, que son confrère n'a pas évaluées par rapport aux éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen, faute d'une exploration de la vie quotidienne et sociale (expertise p. 23).

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a relevé que le recourant ne montrait pas de persistance d'un abaissement important de l'humeur, mais faisait preuve de réactivité émotionnelle à des événements agréables. Il avait participé activement à plus de 4 heures d'examen avant de maîtriser des tests cognitifs sans signe majeur de fatigue, ni de diminution importante de l'attention ou de la concentration. Il restait capable de conduire régulièrement sa voiture et de faire des randonnées ou des excursions à vélo. Il n'exprimait pas d'idée de dévalorisation ou de culpabilité, mais se décrivait surtout comme victime d'injustices à cause du refus de certaines institutions de reconnaître sa souffrance. Il gardait des projets positifs pour l'avenir et s'engageait dans son rôle de père. Il niait clairement d'éventuelles idées auto-agressives ainsi qu'une diminution de l'appétit ou de la libido. Par conséquent, la plainte d'une perturbation du sommeil avec surtout un trouble de l'endormissement, sans réveil matinal précoce, ainsi que la persistance d'un sentiment de tristesse et de rage restaient insuffisantes pour confirmer le diagnostic d'un épisode dépressif majeur (expertise pp. 23-24).

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ reconnaissait cependant l'existence d'une dépression chronique correspondant à une dysthymie, qui pouvait s'accompagner de plaintes de symptômes physiques, comme des céphalées et des acouphènes. Dans le cadre de cette dysthymie, le tableau clinique du recourant pouvait correspondre transitoirement aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif léger ou moyen. Toutefois, les éléments objectivables de l'anamnèse et des examens, y compris ceux

des Drs D.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, ne mettaient pas en évidence de signes suffisants pour étayer un tel diagnostic (expertise p. 24).

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a également conclu à une structure de personnalité marquée d'une labilité émotionnelle avec une tendance à agir sans considération pour les conséquences possibles. Se référant à l'anamnèse sociale et professionnelle, il a estimé que le recourant ne souffrait pas d'une perturbation sévère de la constitution caractérologique nécessaire à un diagnostic de trouble de la personnalité ou d'une modification durable de la personnalité, pourtant retenue par le Dr C.\_\_\_\_\_. A nouveau, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a considéré que le Dr C.\_\_\_\_\_ avait basé son diagnostic sur les plaintes de l'expertisé, sans les mettre en relation avec des éléments objectivables de l'anamnèse, comme notamment ses capacités d'adaptation pour travailler chez différents employeurs. Il estime que les particularités de fonctionnement du recourant correspondent à une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile, avec une tendance à adapter son discours en fonction de son interlocuteur et une tendance à l'exagération (expertise p. 25).

**c)** Le recourant émet diverses critiques à l'encontre de l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_, qui figurent notamment dans ses déterminations du 17 août 2020 auprès de la CNA, dont il a produit une copie dans le cadre de son recours.

**aa)** Il reproche à cet expert de ne pas avoir repris dans le texte du rapport d'expertise les questions qui lui ont été posées. On constate cependant que le Dr Q.\_\_\_\_\_ a répondu aux différentes questions de la CNA en se référant à leur chiffre respectif et qu'il s'est prononcé sur les effets des atteintes diagnostiquées sur la capacité de travail - soit la question posée par le recourant - aux chiffres 3 et 4.

Certes, il aurait pu être opportun que l'expert renvoie à ce qu'il avait écrit précédemment plutôt que de recopier tout un passage en réponse à la première question. Cela n'affecte toutefois nullement la

valeur probante de son rapport d'expertise, les constatations et l'analyse qui y figurent étant suffisamment développées.

S'agissant des éléments factuels contestés par le recourant, on voit mal pourquoi l'expert se serait écarté des déclarations que l'expertisé a effectivement faites à cette occasion. Le fait que certaines affirmations apparaissent contradictoires avec le reste de l'expertise est précisément un élément d'incohérence qui a été relevé par l'expert, qui retient également une tendance à l'exagération. Ainsi, le Dr Q. \_\_\_\_\_ fait remarquer que le recourant dit d'abord ne pas avoir gardé de place de travail pendant plus qu'un mois depuis son arrivée en France, alors que l'exploration de ses activités professionnelles met en évidence des engagements de plusieurs mois à une année, entre autres avec des missions temporaires pour le même employeur à [...] de fin 2010 à 2014 (expertise p. 25). Le recourant est malvenu d'alléguer qu'il « ne cesse de rechercher un emploi mieux adapté à son état de santé » alors qu'il a quasi uniquement travaillé dans la construction en France, y compris lorsqu'il s'est mis à son compte en 2014 (expertise p. 20). En ce qui concerne les éventuelles courtes pauses prises à son travail le matin et l'après-midi ainsi que la distance exacte parcourue lors de randonnée, il s'agit d'indications de détails qui n'enlèvent rien au fait que, du point de vue de ses ressources, le recourant assume des journées entières de travail et est en mesure d'exercer une activité physique de randonnée. Il est possible qu'il y ait eu un malentendu entre le recourant et l'expert au sujet de la conduite d'un quad avant l'accident, étant précisé que l'expert a mentionné quelques problèmes d'élocution de la part du recourant qui semblaient être en lien avec l'extraction de dents de sagesse quatre jours avant l'expertise (rapport p. 18). Il est probable qu'il s'agisse d'une activité de karting et non de quad, puisqu'il ressort de l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ que le recourant était passionné de karting avant son accident, sport qu'il avait arrêté en raison du bruit (expertise p. 7).

Les constatations du Dr Q. \_\_\_\_\_ en lien avec la prise de médicaments sont cohérentes avec les indications qu'il a reçues du recourant au sujet de la dernière prise de médicaments avant l'expertise,

à savoir la veille au soir et le matin même de l'examen (expertise p. 12), celui-ci n'ayant alors pas fait mention d'une interruption de la médication liée à l'extraction des dents de sagesse. On ne voit d'ailleurs pas pourquoi cette interruption aurait aussi concerné sa médication antalgique, qui n'était pas non plus détectable dans les analyses sanguines, ce qui indiquait l'absence d'utilisation de celle-ci depuis plus qu'un jour (expertise p. 23). Quoiqu'il en soit, l'importance du traitement doit en tous les cas être relativisée puisque le recourant reconnaît lui-même, dans ses déterminations du 17 août 2020, qu'il ne le prend pas systématiquement en raison des effets secondaires et pour ne pas habituer son corps aux médicaments.

Les observations de l'expert relatives aux réactions du recourant face aux bruits correspondent également aux constatations d'autres médecins, comme notamment le Dr V. \_\_\_\_\_ (appréciation du 14 octobre 2008), qui notait l'absence de comportement douloureux de la part du recourant malgré la présence de « bruits de perceuse, particulièrement pénibles » ou encore les Drs G. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ qui mettaient l'intolérance au bruit du recourant face au fait qu'il était en mesure de mener une vie sociale (soirée, conduite de véhicule, etc.) apparemment sans interférence majeure sur ce plan (expertise p. 9). Dans ce contexte, il importe peu de savoir combien de fois la sonnette du cabinet du Dr Q. \_\_\_\_\_ a retenti durant l'examen.

Certes, la chronologie des professions occupées par le recourant comporte des contradictions entre celle qu'il a donnée spontanément dans le cadre de son histoire médicale et l'anamnèse orientée par l'expert, mais rien n'indique qu'elles ne sont pas le fait du recourant. On peut à cet égard souligner que la description de son parcours professionnel lors de l'examen du Dr S. \_\_\_\_\_ diffère encore sur quelques points (expertise p. 6). Contrairement à ce que le recourant soutient, on voit mal comment ces fluctuations dans la chronologie renforceraient des doutes quant aux conclusions du Dr Q. \_\_\_\_\_. Il faut au contraire constater que toutes les descriptions de son parcours professionnel se rejoignent quant au fait qu'il a travaillé très régulièrement

depuis son arrivée en France, que ce soit comme employé ou auto-entrepreneur.

Finalement, les dernières remarques du recourant relèvent du détail, voire d'une interprétation erronée du texte de l'expertise puisqu'il ressort clairement de celle-ci que l'expert se réfère à des moments différents pour les pauses qu'il mentionne durant l'examen (expertise p. 18).

**bb)** Le recourant considère que l'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ ne permet guère de vérifier que l'appréciation de son état de santé a été faite à la lumière de tous les indicateurs déterminants. Il est vrai que l'expert n'a pas structuré son rapport en fonction des différents indicateurs applicables (cf. consid. 5b *supra*). Il n'en demeure pas moins qu'il en a expressément tenu compte dans son appréciation, comme cela va être démontré ci-après.

Lorsqu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les standards posés par l'ATF 141 V 281, il convient en effet de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

S'agissant du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de dysthymie en expliquant que le recourant ne montrait pas de persistance d'un abaissement important de l'humeur et que le tableau clinique restait insuffisant pour confirmer un diagnostic d'épisode dépressif léger, relevant à cet égard qu'il fait preuve de réactivité émotionnelle à des événements agréables et de capacités

incompatibles avec un diagnostic de dépression (expertise pp. 23-24). Il s'est prononcé sur le traitement médicamenteux ainsi que les résultats des tests sanguins effectués et a analysé la structure de la personnalité du recourant en détails, reconnaissant l'existence d'une structure de personnalité marquée d'une labilité émotionnelle avec une tendance à agir sans considération pour les conséquences possibles (expertise p. 24). Il a relevé que cette accentuation de traits de personnalité favorisait l'adoption d'un rôle d'invalidé, lequel expliquait « les plaintes incohérentes d'un expertisé qui frappe par sa capacité d'affronter des situations décrites comme déclencheurs de graves symptômes » (expertise pp. 25-26). L'expert s'est finalement penché en détails sur le contexte social du recourant, ses ressources personnelles et ses capacités d'adaptation (expertise pp. 22-26).

**cc)** Contrairement à ce que le recourant soutient, le Dr Q. \_\_\_\_\_ n'a pas uniquement comparé les symptômes décrits et son comportement en situation d'examen dans « l'ambiance plutôt feutrée d'un cabinet psychiatrique ». Certes, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a tenu compte des observations qu'il a faites à l'occasion de cet examen, mais il a surtout pris en considération l'ensemble des activités que le recourant était en mesure de faire malgré la présence de son hypersensibilité au bruit, ses acouphènes et céphalées. Il en a conclu que les plaintes du recourant étaient incohérentes et que les éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen d'un expertisé qui faisait preuve de capacités surprenantes par rapport à ses plaintes ne permettaient pas de retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant (expertise p. 23). Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a détaillé les éléments pour lesquels il s'écartait de ce diagnostic (ibidem). Ceux-ci sont tout à fait convaincants, malgré les critiques formulées par le recourant. A cet égard, l'appréciation de la situation à laquelle a procédé le mandataire du recourant (pp. 9-10 de ses déterminations du 17 août 2020) ne saurait remettre en cause les conclusions motivées d'un spécialiste en psychiatrie. Celui-ci mélange en outre la description des symptômes faite par le recourant avec les observations cliniques de l'expert pour y voir des contradictions. Finalement, il sied de rappeler que

le Tribunal fédéral a confirmé que le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ était insuffisamment étayé quant aux diagnostics énoncés.

Dans ses écritures des 24 mai 2022 et 8 août 2022, le recourant reproche à la CNA de ne pas avoir discuté des critiques contenues dans ses déterminations du 17 août 2020, lesquelles auraient mérité selon lui, dans le respect de son droit d'être entendu, « un examen moins lapidaire de la part de l'intimée, qui s'est contentée de les ignorer totalement dans la décision entreprise et d'y consacrer 14 lignes dans sa réponse du 17 février 2022 ». S'il est vrai que la prise de position de la CNA aurait pu intervenir moins tardivement, l'insistance du recourant paraît toutefois mal placée en l'occurrence puisque ses déterminations du 17 août 2020 avaient principalement pour but d'écarter les conclusions du Dr Q.\_\_\_\_\_ au profit du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant posé par le Dr C.\_\_\_\_\_, alors que ce diagnostic a été également écarté par le Dr S.\_\_\_\_\_ dans l'expertise privée commandée par le recourant, à laquelle celui-ci se rallie dès son écriture du 6 janvier 2022.

**d)** L'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ n'apparaît pas susceptible de remettre en cause les conclusions du Dr Q.\_\_\_\_\_. Il faut tout d'abord constater que le Dr S.\_\_\_\_\_ n'a eu qu'une connaissance très partielle du dossier du recourant comme cela ressort de son résumé du dossier médical (pp. 3-4) et qu'il ignorait notamment l'existence et le contenu de l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ à laquelle il ne fait nulle part référence. Dès l'introduction de son rapport, le Dr S.\_\_\_\_\_ note que le recourant a présenté des symptômes anxieux et dépressifs réactionnels à l'accident, avec des flashbacks, des évitements, une hypervigilance et des cauchemars et que, dans ce contexte, il a nécessité une prise en charge médicale ainsi que des arrêts de travail. Ces éléments ne concordent toutefois pas avec le reste du dossier. Les certificats d'incapacité de travail ont été liés aux plaintes de céphalées, d'acouphènes et d'hypersensibilité au bruit, comme cela ressort des rapports médicaux des médecins traitants. Lors de l'examen par le Dr V.\_\_\_\_\_ le 14 octobre 2008, le recourant a indiqué qu'une consultation psychiatrique avait été

évoquée mais n'avait finalement pas eu lieu. Dans l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_, le recourant n'a pas fait état de troubles tels que des flashbacks, des comportements d'évitement ou une hypervigilance. Il a mentionné quelques cauchemars, mais qui ne l'inquiétaient pas, sans que l'on sache s'ils étaient en lien ou non avec l'accident (expertise p. 5). Le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué explicitement que le recourant ne présentait pas de symptomatologie d'état de stress post-traumatique (expertise p. 8). Lors de l'examen par le Dr C.\_\_\_\_\_, le recourant s'est plaint de réviviscences de l'accident, avec la répétition fréquente de la scène traumatique entre le réveil et l'éclatement de la vitre à l'impact au sol. Le Dr C.\_\_\_\_\_ note ainsi la présence de quelques symptômes que l'on trouve dans les états de stress post-traumatique, mais toutefois pas en nombre suffisant pour atteindre le seuil diagnostique, dans la mesure où le recourant ne présentait pas de comportement d'évitement, ni de vrai émoussement émotionnel, ni de détachement (expertise p. 8). Il ressort de l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_ que le recourant nie un sentiment persistant d'angoisse ou de nervosité, ainsi qu'une incapacité à se détendre en faveur d'une anxiété généralisée. Il nie également un évitement complet d'une situation phobogène et se décrit comme sociable et aimant bien le contact. Il mentionne des cauchemars occasionnels, sans réviviscence d'un événement traumatisant (expertise p. 11). Au vu de ce qui précède, la conclusion du Dr S.\_\_\_\_\_, selon laquelle le recourant a souffert d'un état de stress post-traumatique, actuellement en rémission partielle, n'apparaît pas cohérente avec le reste de son dossier médical. Le Dr S.\_\_\_\_\_ n'explique d'ailleurs nullement pourquoi il retient ce diagnostic alors même qu'il n'avait pas été retenu par les psychiatres ayant précédemment examiné le recourant et même expressément écarté par le Dr C.\_\_\_\_\_. Dans ce contexte, il faut aussi remarquer que le Dr S.\_\_\_\_\_ note de manière erronée que la compagne que le recourant avait au moment de l'accident serait décédée des suites de celui-ci (expertise p. 8).

Le Dr S.\_\_\_\_\_ estime que l'état de stress post-traumatique s'est transformé en une modification traumatique de la personnalité avec une évolution par paliers, qu'il s'est ainsi amélioré partiellement dès

février 2008, puis de manière plus importante dès 2015 et encore plus importante dès 2021. Il conclut dès lors à une récupération progressive de la capacité de travail qui suit les dates précitées (expertise pp. 22 à 25). Ses conclusions paraissent toutefois uniquement basées sur les plaintes du recourant, qui a fait part d'une amélioration progressive aux dates en question (expertise p. 8). L'expert ne fait en revanche aucun lien entre celles-ci et l'anamnèse médicale, personnelle et professionnelle du recourant, ni avec les précédentes expertises réalisées. Son rapport d'expertise ne saurait, pour ces raisons, se voir reconnaître une pleine valeur probante.

**e)** Il se justifie dès lors de retenir les diagnostics posés par le Dr Q.\_\_\_\_\_, à savoir une dysthymie et une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile. A la question de savoir si ces troubles sont en lien de causalité avec l'accident du 31 août 2007, l'expert a précisé que la dysthymie est la séquelle de facteurs liés à l'accident, au contraire de l'accentuation de certains traits de personnalité qui existe depuis l'adolescence du recourant et n'est donc pas une séquelle de l'accident, même si elle explique les plaintes dramatiques mais incohérentes du recourant, ainsi que la persistance de sa dysthymie (expertise pp. 20, 25 et 28).

**9. a)** Il ressort de ce qui précède que le recourant présente, comme séquelles de l'accident assuré, une hypersensibilité au bruit accompagnée d'acouphènes ainsi qu'une dysthymie.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un accident ayant entraîné un traumatisme cranio-cérébral ou un traumatisme analogue, il y a lieu d'établir si, au moment de l'examen de la causalité adéquate, les troubles non objectivables présents doivent être considérés comme faisant encore partie du tableau clinique typique d'un tel traumatisme ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre et distincte du tableau clinique (cf. consid. 3c *supra*). En l'espèce, il y a lieu de constater que la symptomatologie du recourant a finalement pris la forme d'une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau

clinique du traumatisme cranio-cervical, qui est devenue prédominante. Les acouphènes et l'hypersensibilité auditive traduisent en effet selon le Dr Q.\_\_\_\_\_ une manifestation somatoforme de la dysthymie (expertise p. 24). Ces troubles constituent ainsi des atteintes à la santé indépendantes d'éventuelles séquelles d'un traumatisme cranio-cérébral. Le recourant ne le conteste au demeurant pas.

**b)** 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. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6 ; 403 consid. 5). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (ATF 148 V 301 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.2.1). 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) :

- 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\_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références). Par ailleurs, un seul critère peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 148 V 301 consid. 4.4.1 ; 147 V 207 consid. 5.2.2 et les références).

**c)** L'intimée considère l'accident comme étant de gravité moyenne *stricto sensu* et le recourant estime qu'il s'agit d'un accident grave, ou qu'il se situe à tout le moins à la limite supérieure de la gravité moyenne (cf. réplique du 24 mai 2022 p. 7).

L'appréciation objective du déroulement de l'accident litigieux amène à constater que l'on se trouve en présence d'une perte de maîtrise du véhicule, apparemment ensuite d'une inattention ou de la fatigue du conducteur. Le véhicule est sorti de route une première fois. Le conducteur a ensuite braqué brusquement sur la droite et regagné la chaussée. Cette manœuvre se déduit d'une trace d'une longueur d'environ 24 m laissée par les pneus. D'une seconde trace, d'une longueur de 65 m, la police a pu retenir que le conducteur avait ensuite changé brusquement de direction vers la gauche pour tenter de corriger la perte de contrôle du véhicule, avant de sortir une seconde fois de la route et de franchir le terre-plein central. Le véhicule a ensuite effectué plusieurs

tonneaux. Ce faisant, les bagages des occupants se sont éparpillés sur la chaussée jusqu'à l'arrêt du véhicule, qui s'est immobilisé sur le toit. Le conducteur est décédé sur place. L'amie du recourant, qui occupait le siège passager arrière droit, a été éjectée du véhicule malgré le port de la ceinture et est devenue paraplégique à la suite de cet accident.

Il convient de rappeler à titre préalable que pour juger de la gravité de l'accident, il doit être fait abstraction des circonstances dénuées d'impact sur les forces biomécaniques, comme le décès du conducteur (TF 8C\_617/2010 du 15 février 2011 consid. 3.2). La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.2.1).

Dans sa décision sur opposition, la CNA estime, si l'on compare les circonstances de l'accident en cause avec d'autres affaires jugées par le Tribunal fédéral dont elle cite la référence, que celui-ci est plus proche d'un accident de gravité moyenne *stricto sensu*. Elle ne se prononce toutefois pas plus précisément sur les circonstances ni sur les forces engendrées lors des différents accidents auxquels elle se réfère.

Dans sa réplique, le recourant examine en détails les différents arrêts cités par la CNA, y compris ceux mentionnés dans son recours devant le Tribunal fédéral, et considère qu'il s'agit d'accidents qui, au niveau des forces cinétiques et de la violence du choc, sont sans commune mesure avec le cas d'espèce.

Certes, comme la CNA le relève, on ignore quelle était la vitesse du véhicule au moment de l'accident. L'hypothèse d'une vitesse maximale autorisée de 120 km/h ne permet pas, à elle seule, de qualifier l'accident de grave, sauf à considérer d'emblée comme grave tout accident autoroutier en raison de la vitesse, ce qui ne se déduit cependant pas des exemples jurisprudentiels en la matière (TF 8C\_212/2019 du 21

août 2019 consid. 4.2.2 ; TF 8C\_617/2010 du 15 février 2011 consid. 3.2). En l'occurrence, la police n'a relevé aucune trace de freinage et le véhicule était seul en cause. La vitesse conjuguée à l'absence de freinage explique la violence du choc. Le choc du véhicule avec la barrière centrale a effectivement été d'une violence particulière puisqu'il a éjecté de la voiture l'amie de l'assuré malgré le fait qu'elle portait sa ceinture de sécurité au moment de l'accident et que la voiture a fait plusieurs tonneaux. Le déroulement de l'accident, et en particulier le fait que l'ex-compagne du recourant a pu être éjectée de la voiture malgré le port de la ceinture de sécurité, ne peut que démontrer que les forces générées par l'accident ont été particulièrement importantes, ce qui justifie de classer celui-ci dans la limite supérieure des accidents de gravité moyenne. C'est d'ailleurs ce que le Tribunal fédéral a eu l'occasion de juger dans une affaire dans laquelle le déroulement de l'accident est grandement similaire au cas présent, à savoir une perte de maîtrise d'un véhicule sur autoroute, qui a dérapé, est venu entrer en collision avec le talus adjacent où il s'est renversé avant d'être renvoyé sur la voie de dépassement en effectuant un tonneau lors duquel le passager a été éjecté par la fenêtre de toit et projeté sur le talus (TF 8C\_799/2008 du 11 février 2009 consid. 3.2.2).

**d)** Il convient dès lors d'examiner si l'un des critères développés par la jurisprudence en rapport avec les accidents de gravité moyenne est rempli.

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 de l'espèce et non 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 (ATF 148 V 301 consid. 4.4.3 et les références). Par ailleurs, il convient d'accorder à ce critère une portée moins décisive lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident que si elle en garde des souvenirs clairs (TF 8C\_361/2022 du 13 octobre 2022 consid. 5.3.1 et la référence citée).

En l'espèce, le recourant dormait dans la voiture au moment de l'accident et a été réveillé par l'embarquée, si bien qu'il était éveillé pendant la durée de l'événement accidentel. Ensuite de l'accident, il a été dans le coma pendant un jour et demi. On ignore si ce coma est directement consécutif à l'accident ou s'il a été provoqué médicalement. Il ressort néanmoins du rapport de la police espagnole que le recourant a apparemment pu s'extraire seul de la voiture, puis qu'il a été pris en charge par les ambulanciers. De même, lors de l'anamnèse de l'examen du Dr C.\_\_\_\_\_, il a relaté comment il a vu le sol s'approcher de la fenêtre à côté de lui, laquelle a éclaté dans un crissement aigu. Il ne conserve ensuite plus aucun souvenir jusqu'à son réveil à l'hôpital. Au vu de ces éléments, le recourant a vraisemblablement été conscient du début à la fin de l'accident, l'amnésie survenant postérieurement. Il aura ainsi vécu l'accident qui doit être qualifié de particulièrement impressionnant au vu de son déroulement. De surcroît, les circonstances concomitantes ont été particulièrement dramatiques dans la mesure où cet accident a causé le décès du conducteur, le père de l'amie du recourant, et a rendu l'amie du recourant paraplégique (TF 8C\_799/2008 précité consid. 3.2.3).

Ces seules circonstances suffisent à admettre le lien de causalité adéquate. Il n'est par conséquent pas nécessaire d'analyser les autres critères.

**10.** Il convient dès lors de déterminer si les atteintes en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident, à savoir la dysthymie, l'hypersensibilité au bruit et les acouphènes, ont des effets incapacitants qui justifieraient l'octroi de prestations de la part de la CNA à partir du 9 décembre 2008.

**a)** Il convient de relever que le dossier ne contient pas de rapport médical qui ferait état d'une incapacité de travail motivée par des motifs psychiques pour la période postérieure au 9 décembre 2008.

Selon le Dr Q.\_\_\_\_\_, la dysthymie ne justifie pas d'incapacité de travail durable, ni d'atteinte à l'intégrité. Il estime que la capacité de travail exigible du recourant est entière dans toute activité, sur le plan psychique. Comme déjà mentionné ci-dessus (consid. 6c/bb), son évaluation tient compte des différents indicateurs fixés par la jurisprudence pour déterminer le caractère invalidant d'une atteinte psychique. Il a notamment relevé les nombreuses ressources du recourant et mis en lumière les incohérences entre ses plaintes et sa capacité à faire face aux exigences de la vie quotidienne, à poursuivre une activité sur des chantiers depuis son arrivée en France et à entreprendre des activités notamment avec ses enfants (expertise pp. 23-24). Contrairement à ce que laisse entendre le recourant, l'évaluation à laquelle le Dr Q.\_\_\_\_\_ a procédé porte bien sur toute la période depuis l'accident, celui-ci précisant qu'en « faisant abstraction des plaintes incohérentes de M. J.\_\_\_\_\_ et en tenant compte de ses ressources personnelles dont témoignent sa vie sociale et ses activités professionnelles depuis l'accident en 2007, les symptômes légers de sa dysthymie persistant dans le cadre d'une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile ne justifient pas d'incapacité de travail durable, ni d'atteinte à l'intégrité » (expertise pp. 26 et 29).

On peut ajouter qu'une dysthymie est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité (TF 9C\_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et les références). Or, en l'espèce, la dysthymie n'est accompagnée d'aucune atteinte à la santé présentant une certaine gravité, étant précisé que l'accentuation de traits de personnalité - qui n'est pas en relation de causalité avec l'accident - n'est pas grave puisqu'elle n'a pas valeur de maladie et n'a pas non plus

engendré d'incapacité de travail, comme le précise le Dr Q.\_\_\_\_\_ (expertise p. 25).

**b)** S'agissant de l'hypersensibilité au bruit et des acouphènes, ces atteintes ont dans un premier temps justifié que les médecins retiennent comme limitations fonctionnelles de travailler dans un environnement peu bruyant (rapports du Dr N.\_\_\_\_\_ du 7 novembre 2007 et du Dr F.\_\_\_\_\_ du 4 décembre 2007). Le recourant a par la suite indiqué que l'intolérance au bruit était moins importante et qu'il s'y était habitué (examen du Dr V.\_\_\_\_\_ du 14 octobre 2008). A noter que la totale incapacité de travail attestée à partir du 9 décembre 2008 était due à une aggravation des céphalées alors que les médecins ne mentionnaient pas de changement au niveau des acouphènes et de l'hypersensibilité au bruit, présents depuis l'été 2007 (rapports de la Dre U.\_\_\_\_\_ du 14 février 2009 et du Dr I.\_\_\_\_\_ du 7 mars 2009). Lors du nouvel examen par le Dr F.\_\_\_\_\_, le recourant a confirmé qu'il s'était habitué aux symptômes, qui devenaient acceptables (rapport du 10 septembre 2010). Dans leur expertise, les Drs D.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ont conclu à l'existence d'une pleine capacité de travail et estimé que, tout au plus, les plaintes subjectives d'hypersensibilité aux bruits étaient à même de justifier un environnement peu bruyant, tout en relevant que les bruits environnants n'empêchaient pas le recourant de mener une vie courante usuelle (conduit son véhicule, rencontre ses amis avec lesquels il passe des soirées, joue au football, etc.). Leurs observations rejoignent celles du Dr Q.\_\_\_\_\_. Celui-ci explique que la dysthymie peut s'accompagner de plaintes de symptômes physiques, comme des céphalées et des acouphènes, inexpliqués entièrement par un processus physiologique, et que ces plaintes traduisent une manifestation somatoforme de la dysthymie (expertise p. 24). Il relève cependant un décalage entre ces plaintes et les observations à l'examen, ainsi que les éléments objectivables de l'anamnèse, qui contrastent avec une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie et laissent planer des doutes sur la sévérité réelle des symptômes du recourant (expertise p. 23). Selon le Dr Q.\_\_\_\_\_, l'accentuation de certains traits de personnalité a favorisé l'adoption d'un rôle d'invalidé et

permet d'expliquer les plaintes incohérentes du recourant, qui frappe par sa capacité d'affronter des situations décrites comme déclencheurs de graves symptômes (expertise p. 26). Il résulte de ce qui précède que le Dr Q.\_\_\_\_\_ a intégré l'existence des acouphènes et de l'hypersensibilité au bruit dans son évaluation de la capacité de travail, ces troubles n'étant, à l'instar de la dysthymie, pas incapacitants et ne justifiant pas d'atteinte à l'intégrité.

**c)** En l'absence d'atteinte à la santé incapacitante en lien de causalité avec l'accident à partir du 9 décembre 2008, la CNA était fondée à nier le droit à des prestations dès cette date. Les troubles en lien de causalité avec l'accident ne constituent par ailleurs pas une atteinte importante et durable à l'intégrité justifiant l'octroi d'une indemnité à ce titre.

**11. a)** Le recourant requiert en outre que les frais de l'expertise privée qu'il a fait réaliser par le Dr S.\_\_\_\_\_ soient mis à la charge de la CNA.

**b)** Selon l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 9C\_619/2021 du 12 septembre 2022 consid. 6.2 ; TF 9C\_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62).

**c)** En l'occurrence, le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ n'a pas permis d'établir de manière concluante l'état de fait médical en palliant un défaut d'instruction de la part de la CNA. Il faut au contraire constater que l'expertise qu'elle a mise en œuvre auprès du Dr Q.\_\_\_\_\_ suffisait à la

résolution du litige. Il n'y a dès lors pas lieu de faire supporter à l'intimée les frais de l'expertise privée du Dr S.\_\_\_\_\_.

**12. a)** Le recours est par conséquent rejeté.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 20 juillet 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

**III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaire, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Marc-Antoine Aubert (pour J.\_\_\_\_\_),
- 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 :