

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juin 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6 s. et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé en qualité d'aide en échafaudages pour le compte de B._____ Sàrl, à [...], et était à ce titre assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 19 mars 2021, il a été victime d'un accident sur son lieu de travail sur un chantier. Selon la déclaration de sinistre LAA de l'employeur du 21 mars 2021, le grutier, en faisant un chargement pour déposer le matériel d'échafaudage en attente sur un balcon, a touché une poutre de six mètres de longueur sur le toit qui est tombée sur la tête de l'assuré, lequel a perdu connaissance. Porteur du casque de sécurité, l'intéressé a été conduit en ambulance aux urgences du CHUV. Les radiographies de l'épaule gauche réalisées le 6 avril 2021 étaient dans les limites de la norme, sans lésion post traumatique individualisée (rapport du 6 avril 2021 de radiographies de l'épaule gauche de l'[...], à [...]). Il en allait de même s'agissant des radiographies du thorax de face effectuées le même jour, lesquelles ne montraient en particulier pas de pneumothorax, ni de fracture costale visible (rapport du 6 avril 2021 de radiographies du thorax de face de l'[...]). Le traitement a consisté en la prescription de séries de neuf séances de physiothérapie en raison d'omalgie gauche et cervicalgies post traumatiques ainsi que de lombalgies (prescriptions de physiothérapie des 30 mars et 11 mai 2021 signées par la Dre N._____, spécialiste en médecine interne, médecin traitant). Par la suite, cette médecin a régulièrement certifié d'incapacités de travail totales de l'assuré depuis le 19 mars 2021 (certificat du 19 mars 2021 du Service des urgences du CHUV ; certificats des 23 et 30 mars, 26 avril ainsi que 31 mai 2021 de la Dre N._____).

La CNA a pris le cas en charge.

Lors d'un premier entretien téléphonique du 23 juin 2021 entre une collaboratrice en charge du cas à la CNA et l'assuré, ce dernier a

informé son interlocutrice qu'il n'allait vraiment pas bien en raison de la persistance de ses maux à la tête, à la nuque ainsi qu'au dos. Il a déclaré également présenter des problèmes d'équilibre. Il prenait des médicaments (Tramal® et Irfen®). Il ne pouvait pas dormir sur le côté gauche, sans que son médecin traitant ne l'ait adressé à un spécialiste. Selon ses déclarations, une IRM (imagerie par résonance magnétique) ainsi qu'un scanner avaient été réalisés au [...], et un nerf du côté gauche avait possiblement été enflammé (procès-verbal d'un premier entretien téléphonique avec l'assuré du 23 juin 2021 rédigé par la collaboratrice en charge du cas à la CNA).

Par rapport médical du 8 juillet 2021 à la CNA, la Dre N._____ a fourni le détail des consultations de l'assuré à son cabinet depuis l'événement accidentel du 19 mars 2021. Il en ressort ce qui suit :

"- 23.03.21 : Céphalée[s], nausées et vertiges post TCC [traumatisme crânio-cérébral]. Cervicalgie et omalgie G [gauches] importantes avec hypoesthésie du membre supérieur gauche (mais touché-piqué discriminé). Introduction antalgie par Dafalgan, AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens] et Tramadol, ainsi que Sirdalud. AT [arrêt de travail] 100% du 19.03.21 au 30.04.21.

- 30.03.21 : Symptomatologie identique. Apparition de trouble du sommeil. Introduction de Tranxilium le soir. Bon pour séances de physiothérapie.

- 06.04.21 : Présente toujours des céphalées violentes avec vertiges et nausées. Cervicalgie et omalgie G toujours présente[s], et apparition de lombosciatalgie G. Présente des crachats hémoptoïque. Stop AINS, intro IPP [inhibiteurs de la pompe à protons], poursuite antalgie par Dafalgan, Tramadol et Sirdalud. CT-scan cérébral, Rx épaule G et Rx thorax dans la norme (rapport ci-joint).

- 16.04.21 : Chute à domicile sur verglas. Résolution des crachats hémoptoïque. 1 épisode de macrohématurie, mais stix urinaire négatif. Persistance des troubles du sommeil malgré benzodiazépines. Introduction de Nozinan. Stop benzodiazépines. Poursuit antalgie.

- 26.04.21 : Céphalée[s], vertiges, trouble de l'équilibre et trouble de la concentration. Épisodes d'épistaxis. Cervicalgie, omalgie G et lombosciatalgie G identiques. Hypoesthésie du membre supérieur G toujours présente. Amélioration des troubles du sommeil sous Nozinan. Réaction dépressive et anxieux suite au traumatisme du 19.03.21. Poursuite médication identique et poursuite physiothérapie 2 séances par semaine. AT 100 % prolongé jusqu'au 30.05.21.

- 27.04.21 et 04.05.21 : mise en place d'un suivi psychiatrique
- 03.05.21 : Douleurs identiques. Pas de modification thérapeutique
- 11.05.21 : Nu[c]algie et omalgie G, ainsi que vertiges toujours présents. Patient décrit des taches noires devant les yeux depuis l'accident. Début du suivi psychiatrique à l'unité d'urgence crise du CHUV. Adresser patient pour un contrôle ophtalmologique à l'hôpital [...].
- 27.05.21 : Lecture rapport de consultation aux urgences [...] o[ù] le patient a consulté pour ses lombosciatalgie[s] G le 22.05.21.
- 31.05.21 : Toujours nu[c]algie, omalgie et lombosciatalgie G importantes. Prolongation AT jusqu'au 30.06.21. Poursuite physiothérapie.
- 07.06.21 : Cervicalgie, omalgie G avec hypoesthésie du MSG [membre supérieur gauche] et limitation fonctionnelle. Lombosciatalgie G avec hypoesthésie du MIG [membre inférieur gauche]. IRM cervical, lombaire et épaule G (rapport ci-joint).
- 11.06.21 : lecture rapport IRM
- 15.06.21 : Patient décrit un blocage complet du dos. Poursuite physio, poursuite antalgie, introduction prednisone durant 5 jours.
- 22.06.21 : Douleurs insupportables dès que arrêté les antalgiques. Introduction de Lyrica. Toujours troubles du sommeil. Poursuite suivi psy et Nozinan.
- 28.06 et 29.06.21 : prise de contact avec physiothérapeute
- 29.06.21 : Symptomatologie identique. Mise en place d'un suivi par un infirmier en psychiatrie en ambulatoire.
- 02.07.21 et 05.07.21 : Prise de contact avec la SUVA pour mise en place d'un séjour de réhabilitation, en accord avec le patient."

En annexe à son envoi, la Dre N._____ a notamment transmis :

- un rapport de radiographie du genou gauche effectuée le 5 mars 2021 à l'[...], qui se termine comme suit :

"Conclusion :

Gonarthrose fémoro-tibial médial et fémoro-patellaire sans épanchement articulaire.

Petite anomalie sous-chondrale en zone de charge du condyle fémoral médial, sans anomalie de contour et non retrouvée sur le profil, plutôt d'origine construite. En cas de suspicion clinique

d'ostéonécrose spontanée, le bilan pourrait être complété par une IRM dédiée." ;

- un rapport de scanner cérébro-cervico-thoraco-abdominal du 19 mars 2021 réalisé par les médecins du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, dont il ressort l'absence de lésion aiguë traumatique aux étages cérébro-cervico-thoraco-abdominaux ;

- un rapport du 22 mars 2021 adressé à la Dre N. _____ par la Dre M. _____, médecin assistante, du Service des Urgences du CHUV, consécutif au séjour de l'assuré dans ce service le 19 mars 2021. On extrait les passages suivants de ce rapport :

"Motif de recours
Traumatisme du rachis avec déficit

Anamnèse

Patient de 52 ans, en bonne santé habituelle, qui arrive en ambulance au DECHOC en raison de la réception d'une poutre de 60 kg, 5 mètres de long sur la tête, tombée d'une hauteur de 3 mètres, alors qu'il se trouvait sur son lieu de travail sur un chantier. Monsieur était casqué. A son arrivée aux urgences, le patient se plaint de cervicalgies et de douleurs de l'hémicorps gauche. Il ne se souvient plus exactement des circonstances de l'accident mais se rappelle avoir reçu quelque chose sur la tête.

[...]

Le patient regagne son domicile accompagné de son fils. La feuille de surveillance TC [traumatisme crânien] lui est donnée et expliquée avec consigne de reconsulter en cas d'apparition des symptômes mentionné[s]. Conseil de reconsulter à votre consultation en cas de persistance de douleurs d'ici quelques jours afin de compléter le bilan radiologique du MSG [membre supérieur gauche] si persistance des douleurs afin de mieux pouvoir cibler. Arrêt de travail jusqu'au 26.03.2021 compris
Traitement antalgique par Dafalgan, Irfen, Tramal." ;

- un rapport de CT du neurocrâne réalisé le 6 avril 2021 à l' [...], qui conclut à un CT scan natif dans les limites de la norme, en particulier sans collection hématique intra-parenchymateuse, ni juxtadurale et sans lésion post-traumatique ;

- un rapport de consultation du 22 mai 2021 de l'assuré auprès du Centre d'urgences de [...] SA à [...], libellé comme suit (*sic*) :

“Consultation du 22.05.2021

Motif VSO : Arthralgies, myalgies (récente)

Anamnèse : SA/ Mtt. Dr. N. _____. Douleur mollet G dep 2j.

Il consulte les urgences car depuis 19 mars 2021 depuis un accident (a reçu un poids lourd sur la tête) il se sent douleurs douleurs Tête, épaule et cou chaque jour douleurs en aggravation au niveau lombaire et les MI ddc [des deux côtés], depuis hier il sent un blocage et sentiment de piqure au niveau de mollet gauche, ces douleurs ne sont pas connues, depuis l'accident avant la côté gauche qui fait mal mais pas le doit.

Les douleurs au niveau de mollet gauche, sentiment chaud et brûlures.

Il dit que les douleurs commencent depuis quelques jours au niveau de bas de dos irradie au MIG (cuisse puis mollet) et actuellement douleurs au mollets gauche les plus fortes.

sentiment également de formillement et de paresthésie du MIG jusqu'au pied.

A pris tramal et dafalgan le matin améliore légèrement les douleurs.

Drapeau rouge pour lombalgie aiguë :

Age plus que 50

pas de néoplasie

pas d'état fébrile

pas de trauma récent

pas de trouble sphinctérien

pas de perte de poids

Anamnèse pour suspicion TVP [thrombose veineuse profonde] :

pas d'atcds [antécédents] de cancer

pas de maladie thrombo-embolique.

pas de chirurgie récente

pas de tabagisme

Score de WEELS 0

Anamnèse compliquée (patient parle dans tous les sens)

Anamnèse systémique : Sur le plan systématique pas d'autres plaintes.

TAH [tension artérielle] : 120/75

Pouls : 90

Température : 36.8

Exa. cardiologique : pas de OMI [œdèmes des membres inférieurs], mollets souples et indolores ddc, pas de déformation de taille au niveau des mollets, pas de rougeur ni de chaleur.

Exa. orthopédique : Marche sur les points de ortiels et talon possible avec douleurs lombaires.

Plpation de dos montre des douleurs à partir de L4 jusqu'au sacrum.

Les tests de Lasègue direct à 45° avec des douleurs lombaires pas de douleurs radiculaires.

L'examen neurologique ne montre pas de déficit moteur mais déficit sensitif au niveau de MIG au dermatome S1.

Diagnostic : Lombo-sciatalgie gauche

Médecin superviseur : Cas discuter avec Dr [...]

Attitude : RAD avec traitement antalgique (patient avait déjà une prescription de son MT).” ;

- un rapport d'IRM de l'épaule gauche effectuée le 11 juin 2021 à l'[...], qui se termine comme suit :

"Conclusion :

Infiltration œdémateuse des fibres superficielles du tendon du muscle sus-épineux, associée à une bursite sous acromiale, altérations de signal des fibres horizontales du tendon du long chef du biceps, et supérieures des tendons des muscles sous-scapulaire et sous-épineux traduisant une tendinopathie de ces derniers sans déchirure. Irrégularité du labrum antéro- et postéro-supérieur suspecte de déchirure labrale sans extension aux convexités.

Tuméfaction de la capsule articulaire, altérations de signal de la clavicule distale, susceptibles de traduire une surcharge biomécanique de part et d'autre de l'espace articulaire ou des altérations post-traumatiques en relation avec un choc direct sur l'épaule. "

Le 27 juillet 2021, l'assuré a répondu à un questionnaire adressé dans l'intervalle par la CNA, dont il ressort la description des circonstances de l'accident du 19 mars 2021 vers 10h30 suivante : « En étant sur le chantier, en position debout, j'ai reçu subitement une poutre sur la tête tombée de plus de 4 m de hauteur, puis j'ai perdu connaissance ».

Selon une notice d'un entretien téléphonique du 24 août 2021 entre la gestionnaire en charge du cas à la CNA et la Dre N._____, cette dernière a informé son interlocutrice du fait que son patient se trouvait toujours en incapacité de travail, qu'il effectuait de la physiothérapie deux fois par semaine, et qu'il se rendait régulièrement en consultation auprès d'elle. Aux dires du médecin traitant, l'intéressé souffrait toujours de douleurs insupportables à la nuque, à l'épaule gauche, au membre supérieur gauche, au membre inférieur gauche ainsi qu'à la colonne lombaire. A la suite de l'accident de mars 2021, il n'avait pas subi de fracture mais des petites lésions avaient été découvertes à l'IRM. Une consultation était prévue à la fin du mois de septembre 2021 chez le Dr [...]. La Dre N._____ a été informée par son interlocutrice à la CNA de la nécessité de demander également une IRM avec séquences hémossidériniques. Pour sa part, le médecin traitant souhaitait une réponse

rapide concernant l'organisation d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion.

Un rapport d'IRM du neurocrâne effectuée le 3 septembre 2021 à l'[...], se termine comme suit :

“Conclusion :

Pas de lésion hémorragique cérébrale individualisée, en particulier pas d'hémosidérine reconnaissable dans les séquences en écho de gradient, pas de collection hémorragique intra-parenchymateuse ni juxtadurale.

Méningiome de la fosse postérieure gauche, prenant naissance à la hauteur de la tente du cervelet, de taille infracentimétrique.

Absence de visualisation du cristallin et altérations de signal du globe oculaire en pondération flair, à confronter aux données anamnestiques et au status clinique afin d'éviter de méconnaître un remaniement post-traumatique de ce dernier.”

Du 20 au 22 septembre 2021, l'assuré a séjourné auprès du Centre d'évaluation et de consultations de la CRR. Dans leur rapport d'évaluation interdisciplinaire du 23 septembre 2021, les Drs K._____, spécialiste en neurologie, et H._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, ont posé les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTICS PRIMAIRES

- Traumatisme crânien (S06.0) et contusion de l'épaule gauche (S49.9) le 19 mars 2021.

CO-MORBIDITES

- Lombalgies chroniques (M54.5)
- DISH (maladie de Forestier) (M48.19)
- Vertèbre transitionnelle lombosacrée
- Discopathie de l'avant dernier étage lombaire
- Obésité (BMI [Body Mass Index] à 34.5) (E66.99).”

Dans le cadre de leur appréciation et discussion du cas, les médecins spécialistes de la CRR ont relevé une évolution fluctuante depuis six mois. Les symptômes anciens (céphalées évoluant depuis plus de vingt ans, cervicalgies et lombalgies) s'étaient exacerbés avec l'accident du 19 mars 2021. L'assuré se plaignait de douleurs diffuses du membre supérieur gauche s'accompagnant de paresthésies dans la main et de

douleurs du membre inférieur droit, de topographie imprécise, avec là encore paresthésies du pied. Ces derniers mois, les symptômes s'étaient multipliés sans que les investigations n'avaient mis en évidence de lésion objectivable (notamment stress, troubles de la mémoire et de la concentration, vertiges, sentiment d'ébriété, troubles de l'équilibre, troubles visuels, et insomnie). Au cours de l'examen physique, l'assuré adoptait un comportement douloureux caractérisé par des mouvements lents, des contre-pulsions musculaires à l'examen du rachis et différentes autolimitations (force de préhension, abduction des épaules et mouvements sagittaux du rachis par exemple). Objectivement, les médecins de la CRR ne retenaient pas de limitation de l'appareil locomoteur en dehors de celles liées au morphotype, à savoir un assuré obèse, massif, présentant un DISH. L'examen neurologique spécialisé était dans les limites de la norme, sans signe de latéralisation ni d'atteinte radiculaire ou tronculaire. Il n'était pas retenu de signe d'atteintes vestibulaire ou cérébelleuse. Il y avait par contre des éléments de surcharge fonctionnelle, notamment aux épreuves d'équilibre. Les documents d'imagerie ne permettaient pas d'expliquer le tableau clinique. Ces éléments excluaient toute séquelle organique découlant de l'accident du 19 mars 2021. L'IRM cérébrale, pratiquée au cours du séjour à la CRR, confirmait l'absence de toute lésion traumatique tant au niveau extra qu'intra dural et tout particulièrement dans la fosse postérieure. Cet examen relevait un petit méningiome accolé à la face intérieure de la tente du cervelet dans la région para médiane gauche mais sans effet de masse ; cette lésion n'expliquait pas les plaintes de l'assuré.

Dans ce contexte, les médecins de la CRR retenaient un traumatisme crânien simple et une contusion de l'épaule gauche le 19 mars 2021, sans lésion anatomique objectivable chez l'intéressé souffrant de lombalgies chroniques et de céphalées de longue date. Ils ont ajouté qu'un traumatisme crânien cérébral léger était improbable au vu de l'absence de perte de connaissance au moment du choc. Par ailleurs, ils ont noté que le bilan neurologique réalisé aux urgences était parfaitement normal. Ils n'ont par conséquent pas retenu de syndrome post commotionnel et n'avaient aucune explication neurologique aux plaintes persistantes de l'assuré.

Au cours de l'évaluation des capacités fonctionnelles, la volonté de donner le maximum était jugée insuffisante et le niveau de cohérence trop faible pour que cet examen débouche sur un niveau de performance qui reflétait l'aptitude réelle.

Au terme de l'entretien psychiatrique, si une détresse qui fragilisait le sujet par rapport à des symptômes qui préexistaient pouvait être admise, il ne pouvait pas être retenu pour autant de trouble psychique caractérisé. L'examen neuropsychologique ne représentait pas le réel potentiel cognitif de l'assuré. Le pronostic pour un retour au travail était « plus que réservé » en raison principalement de facteurs non organiques (notamment, mauvaise acculturation dont témoignait la maîtrise très imparfaite du français, l'implication professionnelle difficile de tous temps, les longues périodes d'incapacité préalables, la multiplication des symptômes au moment où on s'attendait à une guérison, une collaboration insuffisante aux divers bilans fonctionnels [médical, ECF, neuropsychologique] et un isolement social). Dans ces conditions, les médecins de la CRR ont indiqué qu'un traitement visant une hypothétique atteinte à la santé n'avait aucune chance d'aboutir et comportait le risque d'un maintien iatrogène dans l'état de régression actuel. A leur avis, il convenait d'axer le suivi psychologique sur le caractère bénin du trouble, et le retour rapide sur une place de travail leur semblait le « meilleur moyen de contenir le processus d'invalidation qui menace ». Enfin, le méningiome de découverte fortuite devait faire l'objet d'une IRM de contrôle dans un an. En annexe à ce rapport d'évaluation interdisciplinaire figuraient :

- un rapport non daté d'évaluation des capacités fonctionnelles (*version courte*) effectuée le 20 septembre 2021, au terme duquel la physiothérapeute diplômée X._____ a constaté, sur la base de ses observations, que la volonté de l'assuré de donner le maximum aux différents tests réalisés était considérée comme insuffisante et que le niveau de cohérence pendant l'évaluation était faible ;

- un rapport du 22 septembre 2021 relatif à un examen neuropsychologique du même jour effectué par le psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP Q._____. Il en ressort que le tableau

neuropsychologique constaté lors de cet examen comportait des incohérences et qu'il ne représentait donc pas le réel potentiel cognitif de l'assuré dont les ressources n'avaient pas été mobilisées de manière optimale. Sur la base des seules performances mesurées, entravées par le manque d'effort, il n'était pas possible de mettre en évidence une éventuelle limitation fonctionnelle cohérente. L'intéressé en avait été informé. Un message rassurant avait par ailleurs été transmis en l'absence de signe franc de dysfonctionnement cognitif ;

- un rapport du 22 septembre 2021 d'évaluation psychiatrique réalisée le même jour par le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, qui, sans retenir de diagnostic sur l'axe psychiatrique, s'est exprimé sur le cas de l'assuré en ces termes :

“Discussion et suggestion à l'expert principal

Nous avons donc devant nous un patient, originaire du Kosovo, en Suisse depuis 1995. Dans les singularités familiales on note la perte en bas âge de cinq frères et sœurs ainsi que le décès précoce, coup sur coup vers l'âge de 54 ans, de ses deux parents.

Après son arrivée en Suisse, il a connu des difficultés adaptatives avec, en sus, deux accidents graves. De fait, il n'a réellement pu s'engager dans le monde du travail que près de 10 ans après son arrivée.

On note qu'il a été suivi au plan psychothérapeutique après le second accident dans le cadre de l'association [...] à [...].

Outre les accidents, il mentionne des difficultés adaptatives et une difficulté à s'habituer à la vie helvétique. Le football a toutefois eu un rôle salubre et a joué un rôle intégrateur majeur.

Le patient a élevé trois enfants et rapporte une situation conjugale qui s'est progressivement dégradée au point d'aboutir à la séparation en 2009 puis au divorce officiel en 2020. Il a toutefois de bons contacts actuellement avec la mère de ses enfants laquelle travaille dans un pressing.

La vie professionnelle de Monsieur A._____, depuis 2006, est frappée au sceau d'une certaine précarité avec le cumul de nombreux emplois dans des secteurs variés. Il précise qu'il lui a été plus difficile de trouver du travail ces dernières années et il a fait plusieurs périodes de chômage. Il rapporte avoir eu de l'anxiété de longue date laquelle était toutefois bien contenue par la prise régulière d'un tranquillisant (Lexotanil). Il indique également avoir toujours souffert de douleurs, notamment au rachis mais qu'il a toujours « pris sur lui ».

Depuis l'accident de mars dernier, il mentionne une exacerbation de ces douleurs qui se combinent à des symptômes nouveaux

caractérisés par des céphalées, des vertiges et des difficultés de concentration. Il rapporte également une altération de la mémoire, une insomnie ainsi qu'une fatigue et une plus grande irritabilité.

Le patient mentionne également, sur demande, une sonographie et photophobie. Dans l'anamnèse dirigée, on ne trouve par ailleurs aucun élément suggérant un Stress post-traumatique (pas de récurrence vivide ou de cauchemars).

L'ensemble de ces signes, si on s'en tient à mon seul domaine de compétences, pourrait correspondre au diagnostic de Syndrome post-commotionnel. Cependant, il s'agit d'un diagnostic d'exclusion subordonné aux conclusions des autres spécialistes, notamment en neurologie. Or, rien, dans l'évaluation neurologique et neuropsychologique, ne vient corroborer ce diagnostic qui est donc logiquement exclu en discussion de synthèse.

Il y a toutefois, chez ce patient, une détresse existentielle qui, en outre, le fragilise par rapport à des symptômes qui préexistaient.

Je note par ailleurs des éléments de stress importants en relation avec ses deux garçons mais aussi avec un frère une sœur qui sont, selon lui, atteints d'une maladie grave. Je note également qu'il atteint l'âge auquel ses deux parents sont décédés (notamment sa mère d'une attaque cérébrale).

L'ensemble de ces données constitue une situation complexe chez un sujet qui, si on ajoute une maîtrise imparfaite de la langue et l'absence de formation professionnelle, présente un risque non négligeable d'invalidation.

Au plan psychiatrique, il m'est apparu bien suivi et sa médecin généraliste a heureusement réussi à contenir la médication psychotrope. J'axerais le suivi psychologique, conformément aux conclusions des co-évaluateurs, sur le bon potentiel de récupération. Les éléments anxiogènes, notamment une angoisse de mort réactivée, pourraient également être élaborés avec lui. Il me semble toutefois judicieux d'éviter une sur-psychiatisation et de surmédicalisation d'un patient qui est également apparu suggestible.

Formellement, dans mon domaine de compétences, je n'estime pas sa capacité de travail grandement altérée et je pense que le pronostic est bon sous réserve des nombreux éléments non médicaux que j'ai mentionnés plus haut." ;

- un rapport du 23 septembre 2021 relatif à l'examen neurologique de l'assuré réalisé le 21 septembre 2021 par le Dr K._____. Au terme de son appréciation, ce spécialiste a retenu que, d'un point de vue neurologique, l'assuré avait subi un traumatisme crânien simple. Il a relevé que la notion d'un traumatisme crânien léger semblait peu probable compte tenu qu'au moment du choc l'intéressé n'était pas tombé et qu'il n'avait pas perdu connaissance. De plus, le bilan aux urgences n'avait pas

révélé d'altération de la vigilance, ni de signe de latéralisation alors que le bilan neurologique était parfaitement normal. Par conséquent, en l'absence de lésion cérébrale, il n'y avait pas d'évidence pour évoquer le diagnostic d'un syndrome post commotionnel. Cet évaluateur n'avait aucune explication aux plaintes persistantes de l'assuré. Dans ces conditions, le bilan neuroradiologique au dossier paraissait suffisant sans autres investigations complémentaires à proposer.

Le 29 septembre 2021, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) en lien avec les suites de l'accident du 19 mars 2021.

De son côté, la médecin traitant de l'assuré a continué à régulièrement prolonger l'incapacité de travail totale de son patient (certificats des 29 juin, 27 juillet, 31 août, 24 septembre et 26 octobre 2021 de la Dre N. _____).

Selon une note médicale du 1^{er} novembre 2021, la Dre L. _____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que l'événement accidentel du 19 mars 2021 n'avait entraîné aucune lésion structurelle pouvant lui être imputée, que pour ses seules suites il n'y avait plus aucun traitement à préconiser, et que, compte tenu des séquelles de l'accident, la capacité de travail de l'assuré était entière dès le 23 septembre 2021 ; en effet, l'événement en question avait tout au plus décompensé de manière passagère des atteintes préexistantes et il avait donc totalement cessé de déployer tous ses effets depuis de nombreuses semaines voire de nombreux mois mais au plus tard depuis la date précitée.

Par décision du 18 novembre 2021, la CNA a mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 21 novembre 2021 motif pris que des causes organiques ne suffisaient pas pour expliquer les troubles persistants. La causalité adéquate selon l'ATF 115 V 133 devait être refusée.

Par rapport médical du 22 novembre 2021 à la CNA, la Dre N. _____ a, en lien avec le refus de prise en charge de ses consultations de l'assuré des 7 juin et 9 juillet 2021 à son cabinet, fourni le détail de ces deux visites.

L'assuré s'est opposé à la décision de la CNA le 7 décembre 2021. Il a fait valoir l'existence d'un lien de causalité entre l'accident de mars 2019 et ses troubles persistants, en joignant une attestation médicale du 30 novembre 2021 de la Dre N. _____. Ce document a le contenu suivant :

"ATTESTATION MEDICALE
établie à la demande du patient
et remise en mains propres

Le médecin soussigné certifie que Monsieur A. _____, né(e) le [...], présente des symptômes (Céphalée, vertiges, cervicalgies, omalgies gauche[s] et lombosciatalgies gauche[s] invalidantes) qui sont survenus à la suite [de] son accident du 19.03.2021."

Par décision sur opposition du 14 décembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Indiquant que l'attestation du médecin traitant produite n'avait aucune incidence sur l'issue de la procédure, la CNA a constaté l'absence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les plaintes persistantes. Par surabondance, même en classant l'accident dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu*, elle a estimé qu'aucun des critères développés par la jurisprudence pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate n'était rempli en l'espèce. C'était dès lors à bon droit que la CNA avait mis un terme à son obligation de prester au 21 novembre 2021.

Le 5 janvier 2022, la CNA a enregistré, au dossier, un rapport du 22 décembre 2021 adressé par la Dre N. _____, en lien avec le refus de prise en charge de ses prestations du 3 août au 24 septembre 2021, dont la médecin a fourni le détail des consultations effectuées à son cabinet.

B. Par acte du 12 janvier 2022, complété le 26 janvier suivant, A. _____ a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à la réalisation d'un nouvel examen du cas par le médecin-conseil de la CNA. Contestant l'évaluation de son état de santé en alléguant présenter des troubles physiques et psychiques toujours en relation de causalité avec l'accident du 19 mars 2021, le recourant a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 8 octobre 2021 de la Dre Z. _____ et de l'infirmière F. _____, du Service de psychiatrie de liaison du CHUV, où l'assuré avait été suivi du 5 mai 2021 au 9 juillet 2021. Diagnostiquant des troubles de l'adaptation (ICD-10 / F43.2), ces intervenantes ont évalué la situation en ces termes :

“Conclusions, traitement et évolution

Monsieur A. _____ se présente aux rendez-vous en avance et est toujours de bon contact.

Il décrit une thymie fluctuante en lien avec les douleurs dues à l'accident, ainsi que des moments anxieux soulagés par la prise de Lexotanil. Il admet avoir beaucoup de ruminations et des cauchemars persistants : « Elle m'a tordu cette poutrelle ».

Il évoque les multiples accidents vécus et dont il a été témoin, le fait de pleurer le soulage beaucoup.

Socialement, il se décrit plutôt solitaire mais entretient de bons liens avec les connaissances de son quartier. Il reçoit la visite régulière de ses enfants de 28, 25 et 24 ans avec qui il a également un bon lien. Il évite plutôt son ex-femme avec qui les relations sont difficiles.

Monsieur évoque sa famille au Kosovo qu'il n'a pas vue depuis 5 ans. 3ème enfant d'une fratrie de 8, il a encore 3 frères et 2 sœurs au village. Il m'explique avoir pu aller en visite avec un visa retour et que cela nécessite une demande s'il voulait retourner.

Nous évoquons ensemble les bienfaits de pouvoir voir sa famille et il admet en avoir besoin en ce moment.

Il dit se sentir triste en lien avec l'inactivité et son arrêt de travail. Il souffre beaucoup de la perte d'autonomie en lien avec ses douleurs.

Il décrit un état d'hyper vigilance et de stress, soulagé par la prise de Lexotanil.

Monsieur se dit « chargé » mentalement, mais est content de pouvoir se décharger ici. Il relate des difficultés en lien avec les résultats d'une IRM montrant une lésion d'un nerf et menant à des troubles sensitifs au niveau du crâne et du bras. Il se sent handicapé dans sa vie quotidienne et cela impacte son moral.

Nous abordons la gestion du stress en général, et Monsieur évoque le sport et le travail, deux ressources qui sont indisponibles ces temps. Il verbalise l'importance de pouvoir déposer lors des échanges en suivi et l'importance d'un espace dédié chez un patient qui se décrit plutôt solitaire.

Il a bon espoir de pouvoir voyager cet été et voir sa famille ainsi que de pouvoir consulter un médecin de campagne (rebouteux, connu par sa famille) sur place pour soulager ses douleurs.

Concernant le travail, son patron l'aurait licencié au 30/06 : a priori cette démarche ne serait pas légale et le patient a entamé une action aux prudhommes contre son employeur.

Après l'arrêt de travail jusqu'au 30/06, le relais sera pris par la SUVA.

Nous évoquons ensemble l'inactivité et je propose à Monsieur de ne pas rester chez lui et sortir s'aérer, voire même aller se baigner. Il adhère à ces propositions.

Nous dégageons ensemble l'importance de la motivation par un tiers le temps de retrouver plus d'élan.

Une rencontre est organisée en nos murs avec [...], infirmière indépendante, et le patient, afin de relayer le suivi ensemble. Le patient se montre satisfait de la prise en charge proposée.

Suites de prise en charge

En accord avec son médecin traitant, nous mettons en place un suivi avec une infirmière indépendante, Mme [...], avec un premier rdv de réseau le 09.07.21 au CHUV avec F. _____ et Monsieur A. _____ pour transmettre le suivi et clôturer notre prise en charge.”;

- une attestation du 25 janvier 2022 de la Dre N. _____ dont il ressort ce qui suit :

“ATTESTATION MEDICALE
établie à la demande du patient
et remise en mains propres

Le médecin soussigné certifie que **Monsieur A. _____**, né(e) le [...], présente une symptomatologie de céphalées, vertiges, cervicalgies sévère, omalgies gauche[s] sévère[s], qui sont survenus à la suite de son accident du 19.03.2021.”

Dans sa réponse du 14 février 2022, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Elle

relève l'absence de nouveaux arguments soulevés par le recourant, sans que le rapport du 8 octobre 2021 du Service de psychiatrie de liaison du CHUV ne comporte d'élément apte à critiquer l'absence d'un lien de causalité adéquate retenu entre l'accident de mars 2021 et les troubles psychiques.

Une copie de cette écriture a été communiquée au recourant pour information le 17 février 2022, avec la possibilité de consulter le dossier auprès du greffe du tribunal.

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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA) 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 point de savoir si les troubles allégués par le recourant sont encore en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel du 19 mars 2021.

3. a) En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non

professionnel et de maladie professionnelle. La CNA ne répond que des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité non seulement naturelle mais encore adéquate avec un événement assuré ou une maladie professionnelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 3.2).

b) Sont des causes naturelles toutes les circonstances sans lesquelles le dommage ne se serait pas produit du tout, ou ne serait pas survenu de la même manière ou en même temps. 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 de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Cette question de fait repose essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1).

En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

c) Il appartient à l'administration, et en cas de recours, au juge et non au médecin de trancher la question juridique de savoir si, en présence d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé, la condition indispensable de l'existence d'un lien de causalité adéquate est remplie. Selon la jurisprudence, 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 manière générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2).

d) aa) En matière de troubles psychiques, le Tribunal fédéral a établi des principes importants quant à la manière d'appliquer la théorie de la causalité adéquate (ATF 115 V 133 ; ATF 115 V 403). Selon une

jurisprudence constante depuis lors (ATF 121 V 355 ; ATF 124 V 44 consid. 5c/bb ; TF 8C_806/2009 du 15 janvier 2010 consid. 4.1.1 ; TF 8C_51/2014 du 14 juillet 2014 consid. 3.2 et 5.1), il a retenu que le lien de causalité adéquate devait être examiné à l'aide de critères objectifs conformes au principe de l'égalité de traitement entre tous les assurés et sans perdre de vue la sécurité juridique. Dans cette optique, trois groupes d'accidents ont été constitués : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, d'une part, les accidents graves, d'autre part, et, enfin, les accidents de gravité moyenne, C'est le caractère objectif de l'événement accidentel qui est déterminant et non pas la manière dont la personne concernée a ressenti et assumé les faits (RAMA 1995, p. 90 ; TF 8C_806/2009 du 15 janvier 2010 consid. 4.1.1 ; TF 8C_179/2012 du 8 novembre 2012 consid. 5.2 ; TF 8C_236/2016 du 11 août 2016).

bb) En règle générale, selon la jurisprudence, ne sont considérés comme séquelles adéquates que les troubles psychiques apparus après un accident grave. En revanche, les accidents insignifiants (par exemple un choc peu important à la tête ou une foulure du pied) ou de peu de gravité (par exemple une chute banale ou une glissade) ne sont, en principe, pas de nature à causer des troubles psychiques invalidants. Quant aux accidents de gravité moyenne, la réponse à la question de l'existence d'un lien de causalité adéquate ne dépend pas uniquement de la qualification de l'accident ; il convient également de prendre en compte d'autres circonstances objectives étant en relation directe ou indirecte avec celui-ci. Les critères les plus importants sont : 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 les complications importantes, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (ATF 115 V 133 ; ATF 115 V 403 ; ATF 124 V 44 consid.

5c/bb ; TF 8C_806/2009 du 15 janvier 2010 consid. 4.1.1 ; TF 8C_179/2012 du 8 novembre 2012 consid. 5.2). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2).

4. a) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas atteint, respectivement établi, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus selon le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

b) L'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque l'imagerie médicale met en évidence un

tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'aggravation de lésions après un traumatisme (RAMA 2020 n° U 363 p. 45). Selon la doctrine médicale, une simple contusion ou distorsion vertébrale cesse de produire ses effets après plusieurs mois. D'après la jurisprudence, qui se fonde sur l'expérience médicale, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (TF 8C_746/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 3.2 et les références).

5. a) En l'occurrence, la CNA, suivant l'avis de son médecin-conseil (la Dre L. _____) a mis fin au service de ses prestations de l'assurance-accidents avec effet au 21 novembre 2021, au motif de l'absence d'un lien de causalité naturel entre l'accident du 19 mars 2021 et les plaintes persistantes. Par surabondance, la CNA a constaté que, même en classant l'accident dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu*, aucun des critères développés par la jurisprudence pour admettre l'existence d'un lien de causalité n'était rempli dans le cas présent. Elle a dès lors estimé avoir mis fin à bon droit à son obligation de prester à la date précitée pour les suites de l'accident assuré.

Le recourant, de son côté, ne partage pas ce point de vue. Il soutient, en se prévalant des avis des médecins consultés, que ses atteintes à la santé physique et psychique persistantes sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel du 19 mars 2021, de sorte que la CNA est tenue au service de ses prestations au-delà du 21 novembre 2021.

b) Sur le plan somatique et neurologique, au terme de leur évaluation interdisciplinaire du 20 au 22 septembre 2021, les médecins spécialistes de la CRR ont estimé que, le 19 mars 2021, casqué, l'intéressé avait reçu une poutre qui s'était détachée d'un chargement de grue sur la tête puis sur l'épaule gauche ; selon les déclarations de l'assuré, qui se basent sur le récit du déroulement des fait par un de ses collègues, il n'avait pas chuté immédiatement mais avait été pris de panique avant de

choir, dans un état de semi-conscience. Les bilans exhaustifs réalisés aux urgences du CHUV n'ont pas montré de lésion traumatique et l'assuré a quitté ce service le jour même. Au cours de son examen physique, dans le contexte d'une évolution fluctuante à six mois de l'accident, ce dernier adoptait un comportement douloureux caractérisé par des mouvements lents, des contre-pulsions musculaires à l'examen du rachis, ainsi que diverses autolimitations : force de préhension, abduction des épaules, mouvements sagittaux du rachis par exemple. Au cours de l'évaluation des capacités fonctionnelles, la volonté de donner le maximum était finalement jugée insuffisante et le niveau de cohérence trop faible, de sorte que cet examen, aux résultats inutilisables, reflétait uniquement les incohérences observées. Objectivement, les médecins de la CRR n'ont pas retenu de limitation de l'appareil locomoteur en dehors de celles liées au morphotype, à savoir un sujet obèse, massif et présentant une maladie de Forestier. Leur examen neurologique spécialisé était dans les limites de la norme, sans signe de latéralisation, ni d'atteinte radiculaire ou tronculaire. Ils ne retenaient pas de signe d'atteintes vestibulaires ou cérébelleuses, notant par contre des éléments de surcharge fonctionnelle, en particulier aux épreuves d'équilibre. Les médecins de la CRR ont indiqué que les documents d'imagerie ne permettaient pas d'expliquer le tableau clinique ; à tous le moins, ces documents ont exclu toute séquelle organique découlant de l'accident. L'IRM cérébrale pratiquée au cours du séjour a confirmé l'absence de toute lésion traumatique tant au niveau extra qu'intra dural, et tout particulièrement dans la fosse postérieure. Le petit méningiome accolé à la face inférieure de la tente du cervelet dans la région para médiane gauche, de découverte fortuite, n'a pas d'effet de masse. Cette lésion, qui devrait faire l'objet d'un contrôle par IRM dans un an, ne saurait expliquer les plaintes relatées. Les médecins de la CRR ont retenu un traumatisme crânien simple et une contusion de l'épaule gauche le 19 mars 2021, sans lésion anatomique objectivable, chez un sujet souffrant de lombalgies chroniques et de céphalées de longue date. Ils ont précisé qu'à leurs avis un trouble crânio-cérébral « est très improbable vue l'absence de perte de connaissance au moment du choc. Par ailleurs, le bilan neurologique réalisé dans le service des urgences était parfaitement normal. Par conséquent, nous ne retenons pas de

syndrome post commotionnel ». Dans ce contexte, ils n'avaient aucune explication neurologique aux plaintes persistantes de l'assuré. L'examen neuropsychologique réalisé à la CRR a mis en évidence des performances abaissées en mémoire épisodique verbale et visuelle, au niveau attentionnel (rendement), sur le versant exécutif (flexibilité) et au niveau visuo-constructif ; ce tableau cognitif n'était toutefois pas valide dans son ensemble compte tenu de nombreuses incohérences relevées. De plus, le fait que l'intéressé était indépendant au quotidien était incompatible avec le profil de déficit mesuré ; au final, le tableau neuropsychologique ne représentait donc pas le réel potentiel cognitif de l'assuré (rapport du 23 septembre 2021 des Drs K. _____ et H. _____, pp. 7 et 8).

De son côté, la Dre L. _____ a indiqué que l'événement du 19 mars 2021 n'avait entraîné aucune lésion structurelle pouvant lui être imputée. En l'absence d'un traitement préconisé pour les seules suites de cet incident, la médecin-conseil de l'intimée a retenu que la capacité de travail de l'assuré était à nouveau entière depuis le 23 septembre 2021 ; de son point de vue, l'événement en question avait tout au plus décompensé de manière passagère des atteintes préexistantes et il avait totalement cessé de déployer tous ses effets depuis de nombreuses semaines, voire de nombreux mois, mais au plus tard depuis le 23 septembre 2021 (note médicale du 1^{er} novembre 2021 de la Dre L. _____).

A côté de la consultation annoncée le 24 août 2021 à la CNA par la médecin traitant pour la fin du mois de septembre 2021 chez le Dr [...] dont on ne trouve aucune trace au dossier, il y a lieu de constater que les attestations médicales des 30 novembre 2021 et 25 janvier 2022 de la Dre N. _____, médecin traitant, selon lesquelles la symptomatologie (céphalées, vertiges, cervicalgies sévères, omalgie gauche sévère et lombosciatalgies gauches sévères) est due à l'accident du 19 mars 2021, n'ont aucune influence sur l'issue de la présente procédure. Elles ne suffisent en effet pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; cf. ATF 119 V

335 consid. 2b/bb, p. 340 s. ; TF U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s.]).

c) aa) Au plan psychiatrique, le recourant a été investigué le 22 septembre 2021 à la CRR. Cet examen a été réalisé chez un patient vigile, orienté à tous les modes et qui collaborait volontiers avec l'évaluateur. Aucun diagnostic n'a été retenu au terme de cette investigation. L'assuré décrivait une exacerbation de ses douleurs qui se combinait à des symptômes nouveaux caractérisés par des céphalées, des vertiges ainsi que des difficultés de concentration depuis mars 2021, lequel rapportait également une altération de la mémoire, une insomnie ainsi qu'une fatigue et une plus grande irritabilité, avec en outre une sonophobie et photophobie. L'examen de l'anamnèse dirigée ne retrouvait par ailleurs aucun élément suggérant un stress post traumatique (pas de récurrence vivide ou de cauchemars). Selon l'examineur, l'ensemble de ces signes pourrait correspondre au diagnostic de syndrome post-commotionnel ; il s'agissait toutefois d'un diagnostic d'exclusion subordonné aux conclusions des autres spécialistes, or aucun élément neurologique et neuropsychologique ne corroborait ce diagnostic logiquement exclu en discussion de synthèse. Selon le Dr V._____, il existait toutefois chez l'assuré une détresse existentielle qui, en outre, le fragilisait au regard des symptômes qui préexistaient. A cela s'ajoutait des éléments de stress importants (en relation avec des proches parents) ce qui constituait une situation complexe chez un sujet, avec une maîtrise imparfaite de la langue française et l'absence de formation professionnelle, présentant un « risque non négligeable d'invalidation ». Etant d'avis que la prise en charge auprès de la médecin traitant avait permis de contenir la médication psychotrope, il s'agissait, pour l'examineur de la CRR, d'axer le suivi psychologique, conformément aux conclusions des co-évaluateurs, sur le bon potentiel de récupération ; dans ce contexte, il semblait judicieux d'éviter une sur-psychiatisation et une sur-médication chez un patient qui était également apparu suggestible. Au final, la capacité de travail de l'assuré n'était pas jugée grandement altérée et le pronostic était qualifié de « bon », sous réserve de nombreux éléments non médicaux mentionnés par l'évaluateur de la CRR.

bb) 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 ; ATF 147 V 207 consid. 6.1).

cc) Au regard de son déroulement et de ses conséquences immédiates, l'accident survenu le 19 mars 2021 peut être rangé, d'un point de vue objectif, dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Il importe dès lors que plusieurs des critères consacrés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que cet accident soit tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques dont souffre le recourant. En l'espèce, l'accident ne s'est pas déroulé dans des circonstances qui peuvent être qualifiées de dramatiques ou impressionnantes : l'intéressé a été victime de la réception d'une poutre de soixante kilos et cinq mètres de long sur la tête et l'épaule gauche, tombée d'une hauteur de trois mètres alors qu'il se trouvait sur son lieu de travail sur un chantier. Il portait un casque. Acheminé aux urgences du CHUV par ambulance, il a pu quitter cet hôpital le jour même, les examens pratiqués n'ayant pas mis en évidence de lésions, en particulier pas de pneumothorax, ni de fracture costale visible. L'accident n'a pas non plus causé de lésions physiques objectivement graves susceptibles, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, d'entraîner des troubles psychiques. Outre l'absence d'hospitalisation, l'assuré n'a pas subi d'opération. Il n'y a pas lieu de constater d'erreur dans le traitement médical conservateur prodigué qui a consisté en la prescription de physiothérapie et la prise d'antidouleurs puis l'introduction de Lyrica®. Quant à la durée du traitement médical, elle n'apparaît pas anormalement longue. Reste que le recourant a subi une incapacité de travail durable et continue encore à se plaindre de douleurs subjectives qui l'empêchent de reprendre une activité lucrative. Or, comme on l'a vu précédemment, celles-ci ne sont toutefois pas imputables à l'accident, mais semblent bien plutôt être en lien avec la surcharge

psychogène sous-jacente (cf. rapport du 22 septembre 2021 du DrV._____, p. 6 ; rapport du 23 septembre 2021 des Drs K._____, et H._____, p. 8).

En présence d'un accident de gravité moyenne et en l'absence en l'espèce de cumul de circonstances à prendre en considération ou d'intensité particulière de celles-ci, il convient de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 19 mars 2021 et les éventuels troubles psychiques développés ensuite par le recourant.

dd) Il convient encore de noter que le rapport médical du 8 octobre 2021 de la Dre Z._____, et de l'infirmière F._____, du CHUV, ne conduit pas à un autre résultat ; elles y font état de troubles de l'adaptation (F43.2), sans se prononcer toutefois sur la capacité de travail du recourant. Quoiqu'il en soit, les difficultés adaptatives ont également été retenues par le Dr V._____, de la CRR. Cet évaluateur a en effet indiqué qu'outre les accidents, l'assuré mentionnait des difficultés adaptatives et une difficulté à s'habituer à la vie en Suisse. Il a précisé, dans ce contexte, que le football avait joué un rôle intégrateur majeur et que l'intéressé avait élevé trois enfants avec une situation conjugale qui s'était dégradée jusqu'à la séparation en 2009 puis au divorce officiel en 2020. L'examineur a par ailleurs noté la précarité de la vie professionnelle de son sujet, avec le cumul de nombreux emplois dans des secteurs variés et plusieurs périodes chômées (rapport du 22 septembre 2021 du Dr V._____, p. 5). Le médecin de la CRR a par ailleurs relevé l'existence d'une anxiété de longue date laquelle était toutefois bien contenue par la prise régulière d'un tranquillisant (Lexotanil®). Il a également exclu le diagnostic de syndrome post commotionnel en l'absence de perte de connaissance lors du choc et du bilan neurologique réalisé dans le service des urgences du CHUV qui était parfaitement normal. Comme l'observe à juste titre l'intimée dans sa réponse du 14 février 2022, le rapport d'octobre 2021 dont se prévaut le recourant n'apporte aucun élément susceptible de démontrer le caractère critiquable de l'examen des critères jurisprudentiels conduisant à nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel

du 19 mars 2021 et les troubles psychiques de telle sorte qu'il convient de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle en l'espèce.

d) Pour le reste, faute d'éléments médicaux autres que l'existence de céphalées et lombalgies chroniques existant de longue date, selon la jurisprudence, laquelle se fonde sur l'expérience médicale, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (cf. consid. 4b supra).

e) Il suit de là que l'intimée était fondée à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles déclarés après le 1^{er} novembre 2021 ne sont pas en relation de causalité adéquate pour le moins probable avec l'accident du 19 mars 2021.

6. Contrairement à ce que voudrait le recourant, le dossier est complet, et l'intimée n'avait pas à instruire davantage le cas, notamment par la mise en place d'une consultation de l'intéressé auprès de son médecin-conseil avant de statuer.

7. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 14 décembre 2021 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 :

Le greffier :

Du

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

- A. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :