

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juin 2024

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne.

et

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

Art. 53 LPG

E n f a i t :

A. S._____, né en 196[...], travaillait pour le compte de K._____ SA en qualité de mécanicien-tourneur, à un taux d'activité de 100 %. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) et pour l'assurance maladie perte de gain selon les dispositions de la LCA auprès de V._____.

Le 3 novembre 2018, alors qu'il était allé chercher du bois à l'extérieur, l'assuré a glissé et chuté de sa hauteur sur l'occiput. A la suite de cet évènement, l'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail à compter du 6 novembre 2018 (certificat d'incapacité de travail pour la période du 6 au 9 novembre 2018 du Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale).

Par déclaration de sinistre du 6 novembre 2018, l'employeur a informé la CNA de l'évènement survenu le 3 novembre 2018.

La CNA a pris en charge le cas (courrier du 9 novembre 2018).

Dans un rapport d'IRM du rachis cervical du 12 novembre 2018, le Dr Y._____, spécialiste en radiologie, a conclu à la présence d'une légère discopathie au niveau des étages C6-C7 et C5-C6, de moindre importance en C4-C5 sans franc conflit myéloradiculaire, et à l'absence de myélopathie.

Dans un rapport d'IRM cérébrale et des rochers du 13 février 2019 prescrit en raison de vertiges, le Dr D._____, spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence d'anomalie.

La Dre B._____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté de manière régulière la poursuite de l'incapacité de travail à 100 % jusqu'au 14 février 2019.

Dans la nuit du 27 février 2019, l'assuré s'est réveillé en claquant des dents, étant incapable de bouger un seul membre de son corps. Il a été transporté d'urgence à l'Hôpital C._____. Il ressentait toujours des douleurs de manière fluctuante. Il ressortait de la lettre de sortie rédigée le jour même par le Dr U._____, spécialiste en neurologie et chef de clinique, que l'assuré a présenté une tétraparésie transitoire et une aphasie après le réveil pendant 1 à 2 minutes. Aux urgences, l'intéressé a présenté une clinique fluctuante (au début, légère ataxie de tous les membres, avec bradyhypokinésie sans particularité au cours de l'évolution et lors du changement de situation d'examen). Après avoir pratiqué une IRM de contrôle et des examens de laboratoires, le Dr U._____ a estimé que la cause la plus probable était un trouble fonctionnel en situation de stress en raison de la hernie discale symptomatique, excluant notamment un épisode épileptique. Il a recommandé la mise en place d'une psychothérapie intégrée et la prescription d'un analgésique multimodal afin d'éviter que le trouble ne devienne chronique.

L'assuré a consulté le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a posé, dans son rapport du 1^{er} mars 2019, les diagnostics de vertiges idiopathiques, de céphalées et cervicocéphalgies, de cervicobrachialgies gauches C5-C6, de status après contusion de la colonne cervicale le 3 novembre 2018 et d'hernie discale C6-C7 gauche foraminale. Ce spécialiste a exclu un déficit neurologique et fait savoir qu'en dehors des vertiges lors des mouvements du rachis cervical l'examen était sans particularité. Il a préconisé une infiltration C2-C3.

Dans un rapport du 25 mars 2019, le Dr M._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a fait savoir à la CNA que son patient présentait une symptomatologie vertigineuse récurrente post-traumatique à la suite

d'un choc au niveau cervical, les symptômes persistants et fluctuants l'handicapant dans son quotidien.

Par certificat médical du 9 avril 2019, la Dre B. _____ a attesté d'une incapacité de travail à 100 %.

L'assuré a consulté la Dre A. _____, spécialiste en neurologie, laquelle a retenu, dans son rapport du 10 avril 2019, une suspicion de troubles fonctionnels dans le cadre d'une surcharge et d'une attaque de panique et confirmé, sous réserve d'un électroencéphalogramme, l'absence d'argument pour une atteinte sur un plan neurologique selon les conclusions du Dr U. _____ de l'Hôpital C. _____.

Dans un rapport complémentaire du 2 mai 2019, la Dre A. _____ a précisé que l'électroencéphalogramme montrait des signes d'une somnolence accrue, compatible avec les données anamnestiques d'une grande fatigue et de trouble du sommeil, ceci sans fournir d'arguments en faveur d'une crise épileptique à l'origine de l'événement nocturne du 27 février 2019.

En raison de l'évolution défavorable, marquée par la recrudescence des douleurs et des limitations fonctionnelles, la CNA a adressé l'assuré à la R. _____ pour un complément de rééducation et une prise en charge pluridisciplinaire.

L'assuré a séjourné à la R. _____ du 27 au 29 mai 2019. Dans leur rapport du 3 juin 2019, le Dr F. _____, spécialiste en neurologie, et la Dre G. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, ont retenu les diagnostics suivants :

« **DIAGNOSTICS PRIMAIRES**

- contusion cervicale (S14.0) et TCC léger (S06.9) le 3 novembre 2018
- céphalées tensionnelles (G44.2)
- trouble dissociatif mixte (F44.7) avec épisode transitoire d'aphasie et de parésie le 27 février 2019

- cervico-brachialgies C6-C7 gauches au décours avec hernie discale C6-C7 médiane paramédiane gauche (M50.2)

CO-MORBIDITES

- status après cure de hernie inguinale »

Au terme du séjour, la R. _____ a estimé que l'examen sur un plan neurologique se trouvait dans les limites des normes, sans signe de latéralisation ni d'atteinte radiculaire ou tronculaire.

Dans un avis du 24 juin 2019, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne et médecin d'arrondissement de la CNA, a fait état d'une absence de lésion somatique ou organique séquellaire attribuable à l'événement du 3 novembre 2018 objectivée ou objectivable en l'état des pièces du dossier.

Par décision du 22 juillet 2019, la CNA a mis fin à ses prestations au 1^{er} août 2019, motif pris que les éléments médicaux du dossier montraient que les troubles dont se plaignait l'assuré ne pouvaient pas s'expliquer d'un point de vue organique.

Le 6 septembre 2019, l'assuré s'est opposé à cette décision, estimant que son état de santé n'était pas stabilisé et a demandé l'annulation de la décision du 22 juillet 2019.

Par décision sur opposition du 8 novembre 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré en exposant que, d'une part, il n'existait aucune séquelle organique et que d'autre part, celle-ci ne saurait intervenir pour les suites de l'accident se présentant sous la forme de troubles psychiques, faute de causalité adéquate entre un accident, qualifié de banal ou de peu de gravité, et la persistance des troubles psychiques.

B. L'assuré a annoncé son incapacité de travail à son assureur APG V. _____, lequel a versé des indemnités journalières avec effet au 1^{er} août 2019.

Dans un rapport du 12 février 2020, le Prof. J._____, spécialiste en neurologie à l'Hôpital C._____, a posé les diagnostics de symptômes d'épuisement avec surstimulation, difficultés de concentration et humeur dépressive, de céphalées de tension épisodiques avec composante myofasciale, de status après une légère contusion crânienne le 3 novembre 2018, de suspicion d'attaque de panique nocturne avec comme diagnostic différentiel une crise psychogène non épileptique au mois de février 2019, et de cervicobrachialgies C6-C7 à gauche sur hernie discale C6-C7 médiane, paramédiane gauche. Il a recommandé une réhabilitation psychosomatique stationnaire, un soutien psychologique avec des aspects de thérapie comportementale, la poursuite de la physiothérapie, des mesures de relaxation, et une augmentation progressive des activités en cas de clinique stable.

Dans un rapport du 22 octobre 2020, la Dre I._____, spécialiste en neurologie à l'Hôpital C._____ a mentionné une fatigabilité rapide, des difficultés de concentration, une surcharge de stimuli, des troubles de l'équilibre et une humeur dépressive dans le cadre d'une somatisation, ceci après une légère contusion crânienne en novembre 2018.

Dans un rapport du 28 octobre 2020, le Dr M._____ a maintenu son diagnostic de symptomatologie vertigineuse persistante post-traumatique, expliquant que, d'un point de vue otoneurologique, l'assuré présentait toujours une tendance à chuter du côté gauche aux tests de Romberg et d'Unterberger.

V._____ a confié un mandat d'expertise à la Prof. W._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie. Dans le cadre de son mandat, suspectant une dysfonction atlanto-axiale dans le contexte de la chute au mois de novembre 2018 avec un phénomène de whiplash pouvant expliquer une partie de la symptomatologie, l'experte a demandé un consilium au Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 27 avril 2021,

le Dr O._____ a apprécié le cas en ces termes, notamment sur la base d'une IRM vertébro-spinale cérébrale du 23 avril 2021 :

« Les troubles décrits sont des conséquences post-traumatiques d'une lésion du ligament alaire gauche due à une chute, avec cicatrisation mais dysstabilité permanente de l'articulation C1/2. Le fonctionnement biomécaniquement incorrect entraîne des surcharges ponctuelles des capsules articulaires et des structures neurales. Après trois ans, les symptômes peuvent s'aggraver et les symptômes s'étendre.

Je recommande une évaluation et un traitement auprès du service de chirurgie rachidienne de l'Hôpital C._____. »

La Dre W._____ a ainsi demandé des renseignements auprès de l'Hôpital C._____, lequel a fait savoir ce qui suit dans un rapport du 8 juillet 2021 du Prof. P._____, spécialiste en neurochirurgie :

« Pour les antécédents, je vous renvoie à mon dernier compte-rendu de consultation du 25.05.2021. Aujourd'hui, l'IRM de la colonne cervicale a été complétée par des séquences spéciales permettant d'évaluer les ligaments dans la région de la jonction craniale-cervicale. En concertation avec nos collègues du service de neuroradiologie, nous ne voyons pas ni ne soupçonnons de lésion des ligaments à l'IRM (...). Nous ne voyons donc aucune explication radiologique aux douleurs chroniques dans la nuque. »

Dans un rapport d'expertise otoneurologique du 20 juillet 2021, la Prof. W._____ a posé les diagnostics suivants :

« 6.1 Synthèse des éléments permettant d'arriver au diagnostic.

Le bilan otoneurologique met en évidence, d'une part, principalement un déficit vestibulaire périphérique canalaire et sacculaire à gauche, mal compensé, de même que des anomalies des voies visuo-oculomotrices du tronc cérébral. D'autre part, la consultation spécialisée du Docteur O._____ confirme la présence d'une instabilité au niveau C1-C2, liée à la dysfonction atlanto-axiale.

Par contre la suspicion d'une lésion du ligament alaire gauche n'est pas confirmée par le PD Docteur Z._____ de la clinique de neurochirurgie à l'Hôpital C._____. Il n'y a donc pas de sanction chirurgicale à proposer. »

Elle a décrit son examen clinique comme il suit (pp. 7-8) :

« Examen clinique

Status otologique

Tympan : en ordre.

Acoumétrie : Weber non latéralisé, Rinné positif des deux côtés, voix chuchotée non comprise des deux côtés, voix parlée comprise à droite, mal comprise à gauche.

Examen vestibulaire clinique et neurologique

Manoeuvres de Hallpike et de Rose : flottement des deux côtés

Hypoesthésie dans le territoire du V à droite. Romberg stable.

Unterberger latéro-pulsé vers l'arrière et déviation à gauche.

Audiogramme tonal

Seuils normaux jusqu'à 2000 Hz atteignant 35 dB à gauche et 65 dB à droite à 8000 Hz par déficit de perception.

Audiogramme vocal

Diminution de la discrimination verbale des deux côtés, plus marquée à gauche.

Potentiels évoqués auditifs précoces

En stimulation supraliminaire de 75 et 95 dB, tracés dans la norme des deux côtés.

Vidéo-head Impuls test

Non testable : (en raison de la limitation cervicale).

Otoémissions acoustiques (transitoires et produits de distorsion)

Oreille droite : absentes de 500 Hz à 8000 Hz

Oreille gauche : présentes à 1500 et 2000 Hz

Potentiels évoqués otolithiques sacculaires

A droite : présents.

A gauche : absents.

Vidéo Nystagmographie

Poursuite oculaire et saccades : perturbées

Nystagmus optocinétique : diminution du gain aux stimulations de 60°/s à gauche et à droite.

Examen pendulaire : prépondérance nystagmique gauche.

Examen calorique : hyporéflexie gauche et prépondérance nystagmique droite.

Commentaires

Le bilan otoneurologique met en évidence une surdité de perception bilatérale dans les fréquences aiguës, d'origine endo-cochléaire, plus marquée à droite, avec une atteinte des

cellules ciliées internes et externes. Sur le plan vestibulaire, le bilan met en évidence un déficit vestibulaire périphérique canalaire et otolithique sacculaire à gauche, mal compensé, de même que des anomalies des voies visuo-oculomotrices du tronc cérébral.

L'anamnèse et les résultats du bilan parlent en faveur d'un status après une contusion labyrinthique associant une dysfonction de l'articulation atlanto-axiale, dans le contexte de l'impact occipital qui correspond à un mécanisme de décélération tel qu'on peut les observer dans les « whiplash injuries ».

A l'issue de l'examen et pour confirmer ou infirmer la dysfonction atlanto-axiale, j'ai adressé l'assuré en consultation spécialisée auprès du Dr O. _____, chirurgien orthopédique, spécialiste du rachis cervical. Le Dr O. _____ a reçu l'assuré en consultation le 23 avril 2021. Son examen clinique et la radiographie cervicale du 23 avril 2021, de même que l'IRM vertébro-spinale cervicale du 23 avril 2021, confirme l'instabilité de l'articulation atlanto-axiale (C1 - C2) avec une suspicion de lésion du ligament alaire gauche (voir rapport).

Dans ce contexte j'ai adressé l'assuré, au PD Dr Z. _____, médecin adjoint à la clinique universitaire de neurochirurgie à l'Hôpital C. _____. L'IRM cervicale (du 06.07.2021) a permis d'exclure une lésion du ligament alaire gauche (voir rapports + IRM). »

Elle a apprécié le cas en ces termes (pp. 8-9) :

« L'assuré a été victime d'un traumatisme crânien léger avec mécanisme de « whiplash » associant une contusion labyrinthique canalaire et otolithique gauche.

(...)

Sur le plan otoneurologique, un traumatisme crânien classé « léger » avec dysfonction atlanto-axiale peut également générer des altérations du système vestibulaire en particulier canalaire et otolithique. (...) L'ensemble de la symptomatologie décrite par l'assuré de même que les résultats du bilan otoneurologique entrent dans ce contexte.

5. Les troubles rapportés par l'expertise sont-ils concordants avec les résultats de l'examen clinique et paraclinique ainsi que la documentation à votre disposition ? Dans la négative motiver la réponse.

L'examen otoneurologique du 24 mars 2021 corrobore tout à fait les troubles rapportés par l'assuré.

(...)

6.4 De quelle façon les diagnostics posés influencent l'incapacité de travail ?

De manière directe d'une part, les vertiges sont en relation avec la contusion labyrinthique gauche et d'autre part, la symptomatologie neurologique, douloureuse et les troubles cognitifs sont en relation avec la dysfonction atlanto-axiale dans le contexte du « whiplash injuries ». L'activité de l'assuré, à savoir mécanicien de précision dans une entreprise telle que la société K._____ SA avec l'obligation de devoir déplacer des pièces usinées lourdes, dans un milieu bruyant, est devenue tout à fait inadéquate au vu des pathologies de l'assuré, décrites ci-dessus.

7. Une reprise du travail est-elle exigible ?

Dans l'état actuel de l'assuré et dans le contexte professionnel cité sous 6.4 : non.

Il est d'abord nécessaire de pouvoir travailler sur le plan thérapeutique au niveau de la dysfonction atlanto-axiale d'une part, de même qu'au niveau de la compensation vestibulaire du déficit gauche, d'autre part.

Toutefois, en raison du très long laps de temps (plus de deux ans) entre l'événement traumatique du 3 novembre 2018 et la mise en évidence du diagnostic otoneurologique et de la pathologie atlanto-axiale en 2021, il n'est pas du tout certain que les atteintes cognitives, en particulier les troubles de la mémoire, de la concentration puissent disparaître malgré un traitement adéquat otoneurologique et d'atlaslogie. »

Le 28 septembre 2021, V._____ a demandé à la CNA la révision de la décision sur opposition du 7 novembre 2019.

Le 26 novembre 2021, l'assuré, désormais assisté de Me David Métille, avocat à Lausanne, a fait de même.

La CNA a soumis le cas à son service médical. Dans une appréciation médicale du 28 octobre 2021, la Dre T._____, spécialiste en médecine du travail, laquelle a estimé, après avoir discuté du cas avec la Dre AE._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, que d'un point de vue oto-rhino-laryngologique, il n'y avait pas de signe clair d'atteintes structurelles à la santé d'origine accidentelle ni de corrélation avec les vertiges apparus avec latence ni de nouvelle conséquence structurelle à considérer comme une conséquence de l'accident, si bien qu'il convenait de nier la causalité naturelle.

Par décision du 21 mars 2022, confirmée sur opposition le 8 novembre 2022, la CNA a rejeté la demande de révision, se référant à l'appréciation médicale du 28 octobre 2021 de la Dre T._____.

C. Par acte du 9 décembre 2022, S._____, toujours représenté par Me Métille, a recouru contre la décision sur opposition du 8 novembre 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à la révision de la décision du 7 novembre 2019 et conséquemment à la reprise du versement des prestations. Il fait valoir que le rapport de la Prof. W._____ du 20 juillet 2021 constitue un élément nouveau au sens de l'art. 53 LPGA, du fait que cette spécialiste attesterait que l'incapacité de travail serait en lien avec des séquelles physiques consécutives à l'accident du 3 novembre 2018 et non attribuable à des troubles psychiques.

Par réponse du 19 janvier 2023, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se référant à cette dernière. En substance, elle soutient que la Prof. W._____ n'avait pas attesté d'un lien de causalité entre les diagnostics somatiques retenus et l'accident du 3 novembre 2018.

Par réplique du 22 février 2023, le recourant a confirmé ses conclusions. Il soutient que la Prof. W._____ avait démontré l'existence d'une contusion labyrinthique gauche à l'origine de vertiges. Il déplore que la CNA ait « relativisé » l'ensemble des troubles qu'il présente au plan oto-rhino-laryngologique. Enfin, le recourant réitère que la Dre T._____ ne disposait ni des capacités médicales ni linguistiques pour donner un avis probant sur le dossier.

Dupliquant le 14 mars 2023, la CNA a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

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 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) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée a violé le droit fédéral en confirmant le rejet de la demande de révision (procédurale) de la décision sur opposition du 7 novembre 2019. Il s'agit plus particulièrement d'examiner si les éléments mis en lumière par le rapport d'expertise du 20 juillet 2021 de la Prof. W. _____ et ses annexes ainsi que par le rapport du 28 octobre 2020 du Dr M. _____, à savoir une atteinte physique post-traumatique objectivée, constituent des faits nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

3. a) Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

b) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (qui correspond à l'ancien art. 137 let. b OJ et auquel s'applique la jurisprudence rendue à propos de cette norme, cf. ATF 144 V 245 consid. 5.1). La révision suppose la réalisation de cinq conditions: 1° le requérant invoque un ou des faits; 2° ce ou ces faits sont "pertinents", dans le sens d'importants ("erhebliche"), c'est-à-dire qu'ils sont de nature à modifier l'état de fait qui est à la base du jugement et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte; 3° ces faits existaient déjà lorsque le jugement a été rendu: il s'agit de pseudo-nova ("unechte Noven"), c'est-à-dire de faits antérieurs au jugement ou, plus précisément, de faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables; 4° ces faits ont été découverts après coup ("nachträglich"), soit postérieurement au jugement, ou, plus précisément, après l'ultime moment auquel ils pouvaient encore être utilement invoqués dans la procédure principale; 5° le requérant n'a pas pu, malgré toute sa diligence, invoquer ces faits dans la procédure précédente (ATF 143 III 272 consid. 2.2).

c) Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait

nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment de la décision principale, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la décision principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; TF 8C_562/2020 du 14 avril 2021 consid. 3.3 et la référence ; sur le tout TF 9C_64/2023 du 6 décembre 2023 consid. 2.2).

d) S'agissant des délais applicables en matière de révision, l'art. 53 al. 1 LPGA n'en prévoit pas. Sont dès lors déterminants les délais applicables à la révision de décisions rendues sur recours par une autorité soumise à la procédure administrative (art. 67 al. 1 et 2 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021]). Cette réglementation constitue non seulement un principe général (RAMA 1994 n° U 191 p. 146 consid. 3a), mais elle s'applique en vertu du renvoi contenu à l'art. 55 al. 1 LPGA (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 23 ad art. 53). Aux termes de l'art. 67 al. 1 PA, dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2007, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité de recours dans les nonante jours dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans dès la notification de la décision sur recours.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) 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.

c) 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).

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). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a

souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

6. a) En l'espèce, par décision du 22 juillet 2019, confirmée sur opposition le 7 novembre 2019, l'intimée a mis un terme aux prestations LAA avec effet au 31 juillet 2019, motif pris qu'il n'existait pas de lien de causalité adéquate entre l'accident du 3 novembre 2019 et la persistance de troubles sans cause organique démontrable. Cette décision est entrée en force, si bien qu'elle est propre à faire l'objet d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

Le recourant se fonde sur le rapport d'expertise de la Prof. W._____ pour soutenir qu'il présente une lésion organique, relevant que l'experte avait retenu le diagnostic de traumatisme crânien léger avec syndrome de « whiplash injuries » associant une contusion labyrinthique gauche et une dysfonction de l'articulation atlanto-axiale. Examinant l'éventualité d'une lésion structurelle consécutive à l'accident du 3 novembre 2018, l'intimée a considéré que les conclusions de la Prof. W._____ n'étaient pas étayées sur le plan organique, dès lors que l'existence d'une lésion structurelle consécutive à l'accident du 3 novembre 2018 aurait clairement été exclue par l'ensemble des examens diagnostiques réalisés. Elle se réfère à l'IRM du rachis cervical du 12 novembre 2018, à l'IRM cérébrale et des rochers du 13 février 2019, de la lettre de sortie de l'Hôpital C._____ du 27 février 2019 et aux rapports des 10 avril 2019 et 2 mai 2019 de la Dre A._____. L'intimée argue que la Prof. W._____ n'aurait motivé ses conclusions que sur la base de son examen clinique, lequel n'était pas apte à déceler une lésion structurelle. Elle se prévaut par ailleurs de l'appréciation médicale du 28 octobre 2021 de la Dre T._____.

b) Le recourant a motivé sa demande de révision en invoquant de nouveaux moyens de preuve, à savoir notamment le rapport

d'expertise du 8 juillet 2021 de la Prof. W._____, et le consilium du 27 avril 2021 du Dr O._____. Les éléments de preuve ont été communiqués à l'intimée par V._____ le 28 septembre 2021, c'est-à-dire moins de nonante jours après la date du rapport d'expertise de la Dre W._____, si bien que la condition temporelle de l'art. 67 al. 1 PA est respectée, ce dont l'intimée ne disconvient pas.

c) Sur la forme, le recourant critique l'appréciation médicale du 28 octobre 2021 de la Dre T._____, laquelle était initialement rédigée en allemand. Cette critique doit être écartée dès lors que le recourant a lui-même consulté de nombreux médecins germanophones, dont sa médecin traitante, la Dre B._____ qui a signé ses arrêts de travail, lesquels ont rédigé des rapports dans cette langue sans qu'il ne ressorte du dossier qu'il en ait demandé la traduction. Au demeurant l'avis en question a été traduit, si bien que l'allégation d'une appréciation particulièrement superficielle et brève relève de l'examen du fond du litige. Cela étant, avec le recourant, il sied de constater que l'avis en question fait référence à une discussion avec la Dre AE._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, mais l'absence de compte-rendu détaillé de l'échange entre les deux médecins est problématique, si bien que l'avis en question prête déjà à la discussion au niveau formel. Cette question peut cependant demeurer ouverte dès lors que le recours doit être admis pour d'autres motifs. Quant aux qualifications de la Dre T._____, il y a lieu de rappeler qu'en sa qualité de médecins de la CNA, elle est considérée, de par sa fonction et sa position professionnelle, comme étant spécialiste en matière de traumatologie respectivement de maladie professionnelle, indépendamment de sa spécialisation médicale (cf. TF 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 ; 8C_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.2 ; 8C_316/2019 du 24 octobre 2019 consid. 5.4).

d) aa) Sur le fond, il convient d'examiner si les céphalées et troubles de l'équilibre, de la concentration, de la lecture et de la mémorisation, avec la crise d'angoisse ainsi que les autres troubles otoneurologiques, qui datent de fin janvier, voire de courant février 2019, c'est-à-dire trois mois après la chute sont en rapport de causalité avec

l'accident. En l'occurrence, le fait que la Prof. W._____ estime que les troubles de l'équilibre trouvent leur origine dans une atteinte organique au système labyrinthique ne permet pas encore de conclure que l'atteinte au système labyrinthique est une séquelle de l'accident du 3 novembre 2018 au cours duquel il est tombé sur les fesses et le dos. S'il ressort du rapport de la R._____ du 4 juin 2019 que l'accident du 3 novembre 2018 dont le déroulement n'est pas clair a consisté en « *un TCC simple, sans notion que le patient ait cogné sa nuque et ce n'est que environ 2 heures plus tard qu'il a commencé à se plaindre de cervico-brachialgies gauches, de topographie plutôt C6* », le Tribunal fédéral a eu l'occasion de souligner que le mécanisme de l'accident n'est pas forcément décisif pour l'examen du lien de causalité, eu égard aux difficultés à reconstituer avec précision le déroulement d'un accident sur la base des déclarations de la victime (TF 8C_672/2020 du 15 avril 2021 consid. 4.1.3 et 4.5). C'est d'ailleurs le cas en l'espèce où les faits ne sont pas clairs. Il convient bien plutôt, sous l'angle médical, de mettre en présence et de pondérer entre eux les différents critères pertinents plaidant en faveur ou en défaveur du caractère traumatique de la lésion, de manière à déterminer l'état de fait présentant une vraisemblance prépondérante (ibid.). En outre, dans le rapport spécialisé de neurologie du 4 juin 2019, le Dr F._____ relevait à propos de la symptomatologie vertigineuse, que le Dr M._____, avait retenu, dans son rapport du 25 mars 2019, le diagnostic de symptomatologie vertigineuse récurrente post-traumatique, mais que ce spécialiste n'avait cependant pas évoqué la possibilité d'une atteinte vestibulaire.

bb) Sur la forme, le rapport d'expertise du 20 juillet 2021 de la Dre W._____ remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel examen. L'experte a rencontré le recourant et a procédé à un examen clinique détaillé, complétant son analyse par un consilium spécialisé auprès du Dr O._____. L'experte a examiné le dossier médical complet du recourant. Elle a établi une anamnèse complète d'un point de vue médical et professionnel. Le rapport d'expertise contient par ailleurs une description complète des plaintes du recourant et répond aux questions de V._____.

cc) Sur le fond, il convient préalablement de rappeler que, comme l'a déjà retenu le Tribunal fédéral, la qualification par un médecin d'un diagnostic « post-traumatique » ne suffit pas, à elle seule, pour considérer comme établi le lien de causalité entre un événement accidentel et une atteinte à la santé (TF 8C_493/2023 du 6 février 2024 consid. 4.2 ; 8C_524/2014 du 20 août 2014 consid. 4.3.3 et les références). En l'occurrence, la Prof. W. _____ a demandé un consilium au Dr O. _____, lequel a commandé une nouvelle IRM, dont les conclusions étaient les suivantes (cf. rapport du 23 avril 2021) :

« Asymétrie positionnelle de la dent par rapport aux masses latérales de C1, avec interligne diminué du côté droit. Les ligaments alaires, le ligament transverse de C1 ainsi que la membrane tectoriale conservent cependant un hyposignal physiologique, sans solution de continuité nette. Remaniements dégénératifs C4-C7, stables par rapport à l'examen de 2018 »

Sur cette base, le Dr O. _____ a décrit de possibles conséquences post-traumatiques d'une lésion du ligament alaire gauche due à une chute, avec certes une cicatrisation, mais une dysstabilité permanente de l'articulation C1-C2. Il a estimé que le fonctionnement biomécanique incorrect pouvait entraîner des surcharges ponctuelles des capsules articulaires et des structures neurales et qu'après trois ans, les symptômes pouvaient s'aggraver et les symptômes s'étendre. La Prof. W. _____ a encore demandé des renseignements auprès de l'Hôpital C. _____. Dans un rapport du 8 juillet 2021, le Prof. P. _____ a exclu toute lésion du ligament alaire sur la base d'une IRM spécialisée de la jonction crano-cervicale, les troubles étant mis sur le compte d'une atteinte psychosomatique. Il relevait ce qui suit :

« Aujourd'hui est ajoutée au dossier une IRM du rachis cervical avec des séquences spéciales pour l'évaluation des ligaments dans la zone de la jonction crano-cervicale. En concertation avec nos collègues neuroradiologues, nous ne soupçonnons pas de lésion des ligaments dans l'IRM d'aujourd'hui. J'ai discuté en détail des résultats avec discuté avec S. _____. Nous ne voyons donc pas d'explication radiologique aux

douleurs chroniques décrites à la nuque. D'autres contrôles chez nous ne sont pas prévus. »

Il n'en demeure pas moins que la Prof. W._____ amène effectivement des éléments objectifs nouveaux sur le plan clinique. Ainsi, les tests menés mettent en évidence un déficit vestibulaire périphérique canalaire et otolithique sacculaire à gauche, mal compensé, de même que des anomalies des voies visuo-oculomotrices du tronc cérébral. Ces troubles sont objectivés à l'examen clinique (ex. épreuve calorique à gauche, absence de potentiels évoqués otolithiques sacculaires à gauche, examen pendulaire), lequel est suffisamment expliqué par la Prof. W._____. Or l'intimée affirme que ces troubles, relevés lors des tests positionnels sont des artefacts et ne sont pas d'origine vestibulaire périphérique. Il s'agit d'une hypothèse, laquelle n'est pas motivée et laisse la place à un doute.

Aussi, rien ne permet d'exclure une composante traumatique au déficit vestibulaire périphérique canalaire et otolithique sacculaire relevé par la Prof. W._____ à l'examen clinique. Contrairement à ce que soutient la Dre T._____, le fait que l'atteinte organique n'ait pas pu être mise en évidence plus tôt, ceci faute d'un examen adéquat au plan otoneurologique (cf. appréciation médicale du 24 juin 2019 du Dr H._____, exposant qu'aucune lésion somatique ou organique séquellaire qui puisse être attribuée à l'accident du 3 novembre 2018 objectivée en l'état des pièces au dossier) ne suffit ni à affirmer ni à exclure qu'elle trouve son origine dans l'accident du 3 novembre 2019. Cela étant, les conclusions de la Dre T._____ ne sont pas suffisamment motivées dans la mesure où il demeure un doute quant à la causalité. En ce qui concerne les troubles relevés lors des tests positionnels, en particulier le déficit vestibulaire périphérique canalaire et otolithique sacculaire, la position du service médical de l'intimée revient à soutenir que ce trouble est somatisé, ce qui n'est pas expliqué en ce qui concerne les tests positionnels.

On relève également que, dans son appréciation du 28 octobre 2021, l'intimée a pris position sur la déficience auditive de l'oreille interne bilatérale. La Dre T._____ soutient l'hypothèse que la déficience auditive de l'oreille interne des deux côtés sur les hautes fréquences relevées par la Dre W._____ puisse être d'origine endogène et provoquée par le bruit en relation avec la pratique du motocross (« *Im Reintonaudiogramm zeigt sich eine mittelgradige Hochtoninnenohrschwerhörigkeit beidseits bei sonstiger normaler Hörschwelle, die endogenen und lärminduzierten Ursprungs [Motocrossfahren] sein kann* »), ce qui est pour le moins surprenant pour un assuré qui exerçait la fonction de mécanicien-tourneur avant l'accident, c'est-à-dire en étant soumis à du bruit et à des vibrations inhérents à une telle profession. Or l'intimé ne décrit notamment pas les seuils pertinents après un examen du poste de travail ni ne prend position de manière motivée sur la typicité des courbes audiométriques (sur cette question, cf. TFA U 231/02 du 10 juin 2003 consid. 5.1).

e) Sur le vu des doutes qui précèdent, il faut admettre l'existence d'un fait nouveau (lésion physique non détectée) justifiant l'entrée en matière sur la demande de révision présentée par le recourant. Cependant, la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher à nouveau faute d'éléments suffisants, ce qui justifie de renvoyer la cause à l'intimée. Il appartiendra ainsi à l'intimée d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA) et le cas échéant de mettre en œuvre une expertise (art. 44 LPGA), afin d'évaluer le mécanisme lésionnel, de répondre aux questions faisant l'objet du considérant 6d ci-dessus, de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, le lien de causalité entre l'accident et les différents troubles mis en évidence par la Prof. W._____, voire la date d'un éventuel *statu quo sine* ou *ante*, d'évaluer la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée, et de fixer le taux d'une éventuelle atteinte à l'intégrité. Il appartiendra à l'intimée, à l'issue de son instruction complémentaire, de rendre une nouvelle décision statuant sur l'éventuel droit aux prestations du recourant.

7. **a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision sur opposition litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle entre en matière sur la demande de révision déposée par le recourant, procède à une instruction complémentaire au sens des considérants et rende une nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 8 novembre 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée afin qu'elle instruisse la demande de révision déposée par le recourant, au sens des considérants, et rende une nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à la partie recourante une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me David Métille (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :