

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 mai 2025

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Christine Raptis, avocate à Morges,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) K. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, était inscrit durant l'année 2016 auprès de la Caisse cantonale de chômage, Agence de [...] (ci-après : la Caisse de chômage). A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels. L'assuré avait eu une carrière de patineur artistique, était journaliste de profession et avait travaillé en dernier lieu comme chef commercial.

b) Le 9 février 2016, alors qu'il marchait dans la rue, l'assuré a reçu dans le dos un fauteuil de terrasse qui avait été emporté par le vent depuis le balcon d'un étage supérieur. Le choc a fait tomber l'assuré à terre.

Le diagnostic de contusion dorsale a été posé lors de la consultation du 11 février 2016 auprès du Centre médical de Z. _____, l'assuré s'étant alors plaint de douleurs à la nuque et au dos. Les radiographies effectuées n'ont pas montré de fracture au niveau du rachis cervico-dorsal.

Dans la déclaration d'accident pour chômeur qu'il a remplie le 12 février 2016, l'assuré a noté comme nature de la lésion : « contusions - douleurs - blocage - maux de tête - nausée ». L'annonce de sinistre remplie par la Caisse de chômage le même jour fait état d'une contusion (« Prellung ») dans le dos. La CNA a pris en charge les suites de cet accident (sinistre n° 23.67885.16.8).

Lors de la consultation du 23 février 2016 au Centre médical de Z. _____, l'assuré s'est plaint de cervicalgie avec irradiation à la tête sous forme de céphalée pancrânienne sourde, de rotation douloureuse de la tête en région cervicale, de vertiges épisodiques et d'une sensation de souffle à l'oreille droite pouvant évoquer un acouphène. Le diagnostic de cervicalgie post-traumatique avec vertige et acouphène à droite,

probablement dans un contexte de trauma crânien a été posé, avec un diagnostic différentiel de lésion de l'oreille interne droite sur traumatisme. L'angioscanner cervico-cérébral réalisé n'a montré ni hémorragie, ni dissection, ni fracture cervicale, ni fracture du rocher.

c) Le 22 juillet 2016, l'assuré a glissé en marchant sur un sol mouillé et a chuté.

Le diagnostic de commotion cérébrale avec contractures musculaires a été posé à l'issue de la consultation du 25 juillet 2016 au Centre médical de Z._____. L'assuré présentait des céphalées, une sensation de confusion, des nausées et une lourdeur de la tête avec une légère photophobie. Il s'est également plaint de vives douleurs à l'épaule droite.

La déclaration d'accident remplie par la Caisse de chômage le 29 juillet 2016 mentionnait une contusion au niveau du dos et du cou. La CNA a pris en charge cet accident (sinistre n° 25.77040.16.0).

Le 11 octobre 2016, la Caisse de chômage a annoncé à la CNA une rechute de cet accident, en ce sens qu'il avait également causé une déchirure de l'épaule droite.

Dans un rapport du 14 octobre 2016, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de lésion du long chef du biceps (SLAP) à l'épaule droite. Une prise en charge chirurgicale de cette lésion avait eu lieu le 29 septembre 2016, sous la forme d'une arthroscopie avec débridement, ténodèse du long chef du biceps et ravivement de l'insertion de la coiffe des rotateurs.

L'IRM de l'épaule droite réalisée le 13 janvier 2017 a montré une importante capsulite rétractile, une arthropathie acromio-claviculaire congestive et une petite bursite sous-acromio-deltoïdienne, ainsi qu'une tendinopathie diffuse du sus-épineux.

Dans un rapport du 16 janvier 2017, le Dr J._____ a posé le diagnostic de capsulite rétractile à l'épaule droite.

Le 14 février 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans un rapport du 6 mars 2017, la Dre W._____, spécialiste en neurologie, a fait état d'un examen neurologique rassurant. Elle a évoqué un syndrome dépressif organique consécutif au traumatisme du 22 juillet 2016 et a retenu les diagnostics suivants :

- « Chute de sa hauteur le 22 juillet 2016 avec :
 - o Traumatisme crânio-cérébral et syndrome post-commotionnel sévère,
 - o Lésions SLAP de l'épaule droite et ténodèse du long biceps le 29 septembre 2016 compliquée d'une capsulite rétractile.
 - o Syndrome du canal carpien bilatéral.
- Status après traumatisme rachidien cervico-dorso-lombaire en février 2016 (reçoit canapé chutant du cinquième étage) ».

L'IRM cérébrale et l'angio-IRM cérébrale réalisées le 15 mars 2017 se sont révélées sans anomalies.

Le bilan neuropsychologique et logopédique effectué les 4 et 6 avril 2017 à l'U._____ a montré une fatigabilité importante, des troubles mnésiques modérés, une atteinte exécutive légère à modérée, un dysfonctionnement attentionnel modéré et une symptomatologie très significative au niveau anxio-thymique.

Dans un rapport du 3 mai 2017, la Dre W._____ a noté que la symptomatologie de troubles cognitifs, d'état anxio-dépressif, de céphalées et de vertiges était bien en relation avec le traumatisme crânio-cérébral de juillet 2016.

L'assuré a séjourné à la P._____ (ci-après : la P._____) du 30 mai au 30 juin 2017 en vue d'une réadaptation neurologique multidisciplinaire pour troubles cognitifs, de l'équilibre et de l'épaule

droite. Dans leur rapport du 10 juillet 2017, les Drs S._____ et H._____, tous deux spécialistes en neurologie, et la médecin assistante C._____, ont posé les diagnostics suivants :

- « Traumatisme crano-cervical survenu le 09.02.2016.
- Traumatisme crano-cervical survenu le 22.07.2016 sur chute dans les escaliers avec :
 - Syndrome post-commotionnel.
 - Lésion SLAP de l'épaule droite opérée par ténodèse du long chef du biceps, le 29.09.2016, compliquée d'une capsulite rétractile.
 - Déhiscence du canal semi-circulaire supérieur à gauche.
- Syndrome du canal carpien bilatéral ».

Les médecins de la P._____ ont constaté que l'assuré avait récupéré une bonne fonction de son épaule, hormis pour les activités en hauteur. L'examen neuropsychologique réalisé a mis en évidence des performances sévèrement déficitaires à l'apprentissage en mémoire d'une liste de mots et modérément déficitaires à leur reconnaissance au sein d'un texte, des performances déficitaires à une épreuve d'abstraction et un léger ralentissement à la dénomination continue et en condition d'interférence. La mobilisation optimale des ressources cognitives était influencée par des facteurs psychologiques et les douleurs. Aucun diagnostic psychiatrique n'a été posé par le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a néanmoins relevé d'importantes blessures narcissiques chez l'assuré. La consultation faite auprès du Dr D._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL), a mis en évidence une atteinte de la perception à droite compatible avec l'accident et une hypovalence vestibulaire gauche résiduelle mal compensée visuellement, compatible avec un traumatisme crano-cérébral ancien (rapport du 9 juin 2017). Un scanner cérébral et des vaisseaux du cou du 19 juin 2017 a montré une déhiscence du canal semi-circulaire supérieur. Les douleurs cervico-dorsales dont se plaignait l'assuré ont été jugées en lien avec les troubles dégénératifs mis en évidence par le bilan radiologique. Hormis des activités qui nécessiteraient le maintien d'une position en extension de la nuque ou les ports de charge lourde, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle à retenir sur le plan locomoteur. Dans une activité de journaliste, une adaptation du poste de travail en vérifiant le bon positionnement de l'écran d'ordinateur était à conseiller (consilium de

l'appareil locomoteur du 8 juin 2017 par le Dr V._____, médecin praticien, spécialiste en médecine physique et réadaptation).

Dans un rapport du 21 juillet 2017, le Dr B._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a fait état d'un bilan fonctionnel normal. Il n'a pas retrouvé d'hyporéflexie gauche, mais ne pouvait exclure le développement d'un hydrops endolymphatique ou d'une déhiscence d'un canal semi-circulaire. Dans un courrier à l'assuré du 14 septembre 2017, le Dr B._____ a indiqué que les radiographies et l'IRM réalisées avaient montré une déhiscence du canal semi-circulaire antérieur à gauche et une dilatation de l'espace endolymphatique de cette même oreille qui, selon lui, étaient à l'origine des troubles vestibulaires. Une correction chirurgicale était possible mais comportait le risque d'entraîner une surdité de l'oreille opérée.

Dans une appréciation du 9 février 2018, la Dre X._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et médecine du travail et médecin auprès de la CNA, a estimé que la déhiscence du canal semi-circulaire et l'hydrops endolymphatique n'étaient pas liés, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec les événements accidentels des 9 février et 22 juillet 2016. Il s'agissait d'un diagnostic endogène étranger à l'accident, d'autant plus que dans les deux cas, il n'y avait pas eu de traumatisme crânio-cérébral grave avec une lésion structurelle organique telle qu'une hémorragie cérébrale ou une fracture du rocher. Elle a estimé que les troubles subjectifs liés aux vertiges restaient peu clairs et que les rapports des médecins spécialistes étaient peu concluants, si bien qu'elle ne voyait pas de raison de procéder à un examen otoneurologique dans la mesure où il n'y avait pas eu de traumatisme crânio-cérébral ou de traumatisme crânio-cérébral « compréhensible » (« bei fehlendem oder nicht nachvollziehbarem Schädel-Hirn-Trauma »).

Par courrier du 15 mars 2018, la CNA a communiqué à l'assuré qu'elle ne prendrait pas en charge une éventuelle opération chirurgicale et les autres traitements en relation avec la déhiscence du canal semi-circulaire antérieur à gauche et la dilatation de l'espace endolymphatique

de cette même oreille au motif que ces atteintes n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec les accidents des 2 (recte : 9) février et 22 juillet 2016.

Dans un courriel à l'assuré du 27 mars 2018, le Dr B._____ a mentionné que la médecin de la CNA semblait ignorer la littérature mentionnant des cas de déhiscence après des traumatismes même assez légers, parfois un seul bruit intense. Il a admis que la déhiscence était certainement préexistante à l'accident, mais a estimé qu'il en avait été le révélateur, probablement du fait qu'une très fine couche osseuse couvrait la déhiscence et que le coup avait suffi à la rompre et à faire apparaître les troubles.

Dans une prise de position du 3 avril 2018, la Dre X._____ a maintenu sa position. Elle a relevé que le Dr B._____ n'avait pas fourni de preuves cliniques de la déhiscence du canal semi-circulaire qu'il suspectait, sous forme de résultats pathologiques d'exams otoneurologiques, rappelant que les résultats des scanners de la région des rochers comportaient fréquemment des « faux positifs ». Elle a mentionné que l'assuré présentait des atteintes neuropsychologiques post-traumatiques sévères.

Dans un rapport du 20 avril 2018, le Dr J._____ a indiqué qu'il n'y avait pas de problème au niveau de l'épaule droite rédhibitoire pour une quelconque activité sportive ou professionnelle.

Le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement à la CNA, a procédé à l'examen de l'assuré le 9 mai 2018. Il a estimé, pour les suites de l'accident concernant l'épaule droite, que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles concernant les travaux prolongés au-dessus de l'horizontale, le port répété de charges supérieures à 20 kg et les mouvements répétitifs de la ceinture scapulaire droite. Aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était due.

Dans un courrier du 15 mai 2018, le Dr B. _____ a cité de la littérature et un arrêt du Tribunal fédéral pour affirmer que si la déhiscence était préexistante, les symptômes pouvaient survenir après des efforts, un épisode d'hyperpression intra-crânienne transitoire et parfois même un mouchage violent, un traumatisme acoustique ou un coup sur la tête. Il a précisé qu'il était difficile de différencier les symptômes liés à la déhiscence du canal semi-circulaire supérieur gauche des troubles cognitifs liés aux traumatismes crâniens car, dans toutes les atteintes vestibulaires, on pouvait observer des troubles de l'humeur, de la concentration, de l'orientation spatiale, etc.

Dans une prise de position du 14 juin 2018, le Dr I. _____, spécialiste en neurologie et médecin d'arrondissement à la CNA, a estimé qu'au vu des versions divergentes des faits concernant les accidents et de l'absence d'éléments cliniques et radiologiques objectifs d'un traumatisme crânien, il n'était pas avéré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles neuropsychologiques présentés par l'assuré étaient dus aux accidents dont il était question. Il a confirmé son appréciation le 4 juillet 2018 après avoir pris connaissance de l'IRM cérébrale du 15 mars 2017.

Le 8 juillet 2018, l'assuré a fait une nouvelle chute lors de laquelle il est tombé en arrière sur le dos et sa tête a heurté le sol.

La CNA a fait réaliser une expertise otoneurologique par le Dr L. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie. Dans son rapport du 1^{er} avril 2019, celui-ci a pris les conclusions suivantes :

« DIAGNOSTICS :

- Status après traumatisme cranio-cervico-dorsal le 9 février 2016.
- Status après traumatisme cranio-cérébral léger le 22 juillet 2016.
- Troubles neurocognitifs persistants après traumatisme crânien avec : Vertiges chroniques sévères d'origine fonctionnelle (Persistent Postural Perceptual Dizziness).

DIAGNOSTICS SECONDAIRES :

- Minime déhiscence du canal semi-circulaire supérieur gauche, asymptomatique (découverte radiologique fortuite).

- Probable hydrops endolymphatique gauche modéré, stable, asymptomatique (découverte radiologique fortuite).

AUTRE DIAGNOSTIC :

- Status après lésion SLAP de l'épaule droite le 22 juillet 2016 traitée par débridement, ténodèse du long chef du biceps et ravivement de l'insertion de la coiffe des rotateurs le 29 septembre 2016 par arthroscopie ».

Il a affirmé sans réserve que la minime déhiscence du canal semi-circulaire supérieur gauche ainsi que le probable hydrops endolymphatique gauche étaient sans rapport avec les deux accidents survenus en 2016. Il s'agissait dans les deux cas d'anomalies radiologiques découvertes fortuitement, vraisemblablement préexistantes aux deux accidents de 2016, sans impact clinique et asymptomatiques. La symptomatologie chronique multifocale invalidante que présentait l'assuré depuis l'accident du 9 février 2016, incluant les vertiges de type tangage en continu, aggravés par les mouvements du corps et de la scène visuelle, une intolérance aux sons forts avec une sensation d'explosion de la tête et des vertiges, un acouphène latéralisé à gauche, des troubles de la mémoire et de la concentration, un ralentissement et une baisse du rendement dans les activités et un repli social, était connue comme une séquelle possible d'un traumatisme crânien, même mineur. Le Dr L. _____ proposait une rééducation vestibulaire.

Cette expertise mentionnait un rapport du Dr B. _____ du 14 octobre 2017 adressé à l'OAI, dans lequel ce médecin indiquait qu'il était difficile de savoir dans quelle mesure la déhiscence du canal semi-circulaire antérieur et l'hydrops endolymphatique expliquaient les troubles du patient, mais que, malgré la normalité du bilan fonctionnel, il y avait quand même de bonnes raisons de penser que ces deux anomalies étaient les éléments responsables des troubles.

Dans une prise de position du 12 avril 2019, la Dre X. _____ a indiqué que l'expertise était concluante, que le trouble « Persistent Postural Perceptual Dizziness » (ci-après : PPPD) devait être considéré comme un trouble de somatisation, éventuellement lié à un vertige phobique, sans corrélat organique, et qu'il y avait lieu de demander à un

spécialiste en psychiatrie de se prononcer sur la prise en charge du traitement vestibulaire au regard de la causalité naturelle.

L'assuré a été examiné le 28 juin 2019 par le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement à la CNA. Dans son rapport du 1^{er} juillet 2019, le Dr A._____ a constaté que le cas n'était pas stabilisé du point de vue psychiatrique et qu'il y avait une indication psychiatrique et psychosomatique à suivre le traitement proposé par le Dr L._____.

Le 22 juillet 2019, la CNA a réceptionné le rapport établi à l'intention de l'OAI le 18 janvier 2018 par la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue et psychothérapeute R._____, auprès desquelles l'assuré avait été suivi en 2017. L'existence d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) avait été retenue.

Après avoir pris connaissance de ce document, le Dr A._____ a rendu son rapport d'examen le 17 septembre 2019. Il a posé le diagnostic d'un « autre trouble somatoforme » (F45.8) au motif que les plaintes somatiques persistantes (vertiges) s'accompagnaient d'un sentiment important de détresse. Ce trouble somatoforme correspondait, du point de vue ORL, au diagnostic d'un trouble fonctionnel chronique dans le sens d'un PPPD, posé par le Dr L._____. Le Dr A._____ a retenu un lien de causalité naturelle pour le moins probable entre les deux accidents accumulés en 2016 et le trouble psychique. Vu la dominance que le symptôme somatique prenait dans le vécu de l'assuré, il paraissait raisonnable de l'aborder par le versant somatique et comportemental en suivant le traitement vestibulaire proposé par le Dr L._____, plutôt que par une voie psychothérapeutique.

Le 11 janvier 2020, l'assuré a chuté dans sa baignoire en raison d'un vertige avec perte d'équilibre. Cet événement a fait l'objet d'une annonce auprès de la CNA le 16 janvier 2020 (sinistre

n° 23.52525.20.3). L'assuré a indiqué qu'il présentait une déchirure du labrum supérieur de l'épaule gauche.

Dans un rapport du 9 mars 2020, le Dr G._____, médecin praticien, nouveau médecin traitant de l'assuré, a jugé que les troubles de l'équilibre étaient liés à la déhiscence d'un canal semi-circulaire supérieur suite à un traumatisme crânien accidentel en 2016, comme diagnostiqué par le Dr B._____. Il a demandé que la CNA mandate un nouveau spécialiste ORL pour obtenir un deuxième avis.

Le Dr Q._____ a jugé qu'un nouvel avis n'était pas utile, en date du 8 avril 2020.

L'assuré a fait une chute dans les escaliers menant à sa cave le 9 avril 2020, qui a entraîné une aggravation des acouphènes (sinistre n° 24.42408.20.6). L'assuré a de nouveau chuté en date du 11 juin 2020.

Dans un courrier du 27 septembre 2020, le Dr B._____ a pris position sur le rapport d'expertise du Dr L._____. Il a souligné qu'il avait interprété les images réalisées avec la Dre T._____, qui disposait d'un diplôme spécialisé de « radiologie tête et cou ». Il n'était pas certain que les troubles soient « proportionnels » à la taille d'une déhiscence.

Le 29 octobre 2020, l'assuré, pris d'un vertige et voulant s'asseoir, a manqué la chaise et est tombé à côté d'elle sur le coccyx (sinistre n° 27.18064.20.4). Il a également fait une chute en avant le 18 novembre 2020, lors de laquelle il s'est réceptionné sur le genou gauche. Le 9 décembre 2020, il est tombé en avant après avoir glissé sur une plaque de verglas.

Dans un rapport du 23 décembre 2020, le Dr L._____ a mentionné que les séances de physiothérapie vestibulaire avaient permis un léger bénéfice avec une meilleure gestion des troubles, mais que l'assuré présentait toujours des symptômes quotidiens et handicapants, tant du point de vue de l'instabilité posturale que des vertiges induits par

la vision. L'assuré rapportait en outre depuis quelques mois l'apparition (ou aggravation) d'acouphènes perturbateurs.

Dans une prise de position du 22 février 2021, la Dre M._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et médecin d'arrondissement à la CNA, a estimé, quant à savoir si les acouphènes étaient en lien de causalité avec la chute du 9 avril 2020, qu'il s'agissait d'un tinnitus subjectif sans cause pathologique objectivable et qu'il n'y avait pas d'autres conséquences d'un point de vue ORL.

Le 1^{er} avril 2021, l'assuré est tombé en avant lors d'une promenade et s'est tapé la tête (sinistre n° 24.36149.21.5). Il a présenté une diminution de la vision périphérique à l'œil droit. Il s'est tordu le pouce gauche lors d'une nouvelle chute le 2 janvier 2022 (sinistre n° 23.47881.22.0).

Par courrier du 3 février 2022, la CNA a communiqué à l'assuré qu'elle mettait fin à toute prise en charge des frais de traitement et des indemnités journalières avec effet au 28 février 2022 pour ce qui concernait les accidents de l'année 2016.

L'assuré a fait une nouvelle chute, le 5 mars 2022, atterrissant sur le côté gauche (sinistre n° 24.24043.22.5), et une autre le 10 mars 2022, lors de laquelle il s'est tapé et tordu le genou droit (sinistre n° 24.24017.22.4).

Par décision du 31 mars 2022, la CNA s'est référée à l'expertise du Dr L._____ pour retenir qu'il n'y avait plus de séquelles des accidents de 2016 nécessitant un traitement et que les troubles que l'assuré présentait encore ne pouvaient plus s'expliquer, organiquement, comme des séquelles des accidents de 2016. Elle a précisé qu'étant donné que ces troubles procuraient des vertiges très importants, elle avait décidé, à bien plaisir, de prendre en charge la rééducation vestibulaire proposée par le Dr L._____ et de poursuivre le versement des indemnités journalières pendant cette thérapie, qui s'était terminée à

l'automne 2020. Elle a relevé que l'assuré avait subi plusieurs accidents dès 2020 et que, pour une question pratique, elle avait continué de verser les indemnités journalières sur le compte du cas du 22 juillet 2016, mais qu'étant donné que les dossiers relatifs aux cas annoncés en 2020 et 2021 étaient en phase de fermeture et qu'aucune incapacité de travail spécifique à ces nouveaux accidents n'était plus attestée, elle était tenue de clore définitivement les deux cas d'accident de 2016 et de mettre fin aux prestations d'assurance en date du 28 février 2022. En l'absence de séquelles ayant un lien de causalité adéquate avec les accidents de 2016, elle ne pouvait pas allouer de prestations en espèces supplémentaires sous la forme d'une rente d'invalidité et/ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle.

L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier de sa mandataire du 13 mai 2022.

Par décision sur opposition du 18 novembre 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et indiqué qu'un éventuel recours n'aurait aucun effet suspensif. S'agissant des troubles de l'équilibre, elle ne voyait pas de raison de s'écarter des conclusions du Dr L._____. Elle a jugé que la situation n'était pas superposable à celle jugée dans l'arrêt TF 8C_805/2007 du 20 août 2008 cité par l'assuré dans la mesure où la déhiscence du canal semi-circulaire supérieur gauche avait été qualifiée de minime (mesurée à 0,4 mm, à la limite de la résolution du scanner), sans signe de fistule labyrinthique et qu'il n'y avait pas d'hydrops endolymphatique vestibulaire visible, mais uniquement des signes d'un hydrops endolymphatique modéré. Elle a par ailleurs rappelé que le fait que l'assuré n'ait jamais souffert de vertiges avant ses accidents de 2016 n'avait aucune influence sur l'issue de la procédure. En ce qui concernait le trouble somatoforme, pour lequel le Dr A._____ avait conclu à un lien de causalité pour le moins probable avec les accidents de 2016, et les acouphènes, la CNA a procédé à l'examen de la causalité adéquate en application des critères applicables aux troubles psychiques, au regard de la surcharge psychique mise en relief par les médecins (troubles dépressifs et anxieux ou autre trouble somatoforme). Elle a estimé que

l'accident du 9 février 2016 pouvait, tout au plus, être considéré de gravité moyenne et que celui du 22 juillet 2016 était de gravité moyenne, à la limite des cas de peu de gravité. Après avoir considéré qu'aucun autre critère n'était réalisé, elle a laissé ouverte la question de savoir si celui des douleurs physiques persistantes était rempli. Elle a ainsi nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les accidents et les troubles psychiques et les acouphènes.

B. Par acte de sa mandataire du 21 décembre 2022, K._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif, principalement à la réforme de la décision sur opposition en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'indemnités journalières, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et d'une rente d'invalidité, lesquelles seraient déterminées en cours de procédure, subsidiairement à l'annulation de cette décision sur opposition et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et nouvelle décision. Il a émis des critiques à l'encontre de l'expertise du Dr L._____. Il a fait valoir que le lien de causalité entre les accidents et la déhiscence du canal semi-circulaire ainsi que l'hydrops endolymphatique avait été établi par les médecins de la P._____, qui avaient constaté une diminution de 84 % du taux de stabilité de l'assuré dans leur rapport du 10 juillet 2017, par le Dr B._____ et par le Dr G._____. Il a requis la mise en œuvre d'une IRM et d'une seconde expertise sur cette question. Il a estimé que l'analyse de la causalité adéquate pour la perte de stabilité devait être faite à la lumière de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_805/2007 du 20 août 2008, rappelant que le Dr B._____ avait indiqué que la problématique était absolument identique. En ce qui concernait l'examen de la causalité adéquate pour les acouphènes et l'état dépressif, l'assuré a considéré que quatre des critères étaient remplis, à savoir le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la durée anormalement longue du traitement médical, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions et les douleurs physiques persistantes.

Dans ses déterminations du 20 janvier 2023, la CNA a considéré qu'elle avait retiré l'effet suspensif à juste titre.

Par ordonnance du 25 janvier 2023, la juge alors en charge de l'instruction a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif.

Dans sa réponse du 24 février 2023, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a maintenu que l'expertise du Dr L. _____ avait pleine valeur probante. Elle a confirmé que l'accident du 9 février 2016 était de gravité moyenne eu égard aux atteintes diagnostiquées à la suite de celui-ci. Elle a rappelé que l'assuré avait reçu le fauteuil dans son dos et non de face, ce qui rendait l'accident moins impressionnant et a, pour le reste, renvoyé à l'argumentation de la décision sur opposition.

Les parties se sont déterminées respectivement les 2 et 5 juin 2023 au sujet du dossier de l'OAI qui avait été produit en cause. L'assuré a souligné qu'il n'avait aucune atteinte à la santé avant l'événement du 9 février 2016, alors qu'il avait été victime de nombreuses chutes depuis lors en raison de ses problèmes de vertiges. Il a estimé que le rapport du Dr L. _____ était lacunaire au vu des constats faits dans les autres rapports au dossier, qu'il était nécessaire qu'une expertise soit ordonnée et que le Dr B. _____ soit entendu en qualité de témoin.

Dans des déterminations du 27 juillet 2023, la CNA a maintenu sa position.

A la requête du juge instructeur, le dossier actualisé de l'OAI a été produit le 5 décembre 2024.

Le 7 janvier 2025, l'intimée, qui avait pris connaissance du dossier de l'OAI dans sa teneur postérieure au 5 décembre 2024, s'est déterminée sur un rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 4 décembre 2024 à la demande de l'OAI et reçu le 6 décembre 2024 par cet office.

Le juge instructeur a en conséquence à nouveau demandé à l'OAI de produire son dossier actualisé comprenant le rapport d'expertise daté du 4 décembre 2024, ce que celui-ci a fait le 16 janvier 2025.

Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 4 décembre 2024, avec volets en médecine interne, en rhumatologie, en oto-rhino-laryngologie, en psychiatrie et en neuropsychologie, les Drs Y._____, spécialiste en médecine interne générale, N._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, AA._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, et BB._____, spécialiste en médecine interne générale et en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que CC._____, neuropsychologue, experts auprès d'EE._____, ont retenu les diagnostics incapacitants suivants :

- « • Trouble otoneurologique fonctionnel avec : AB32.0
 - o Persistant Postural-Perceptual Dizziness (PPPD).
 - o Acouphène non-latéralisé sans substrat organique objectivable.
- Cervicalgies chroniques, non-spécifiques avec troubles dégénératifs M54.2
- Trouble neurocognitif léger à moyen 6D71
- Trouble somatoforme indifférencié F45.1
- Trouble anxieux et dépressif mixte F41.2
- Trouble de la personnalité, histrionique F60.4 »

Les parties ayant été invitées à déposer leurs éventuelles observations complémentaires, l'intimée s'est référée, le 23 janvier 2025, à ses déterminations du 7 janvier 2025. Le recourant a, quant à lui, déposé le 20 mars 2025, un mémoire intitulé « duplique » au pied duquel il a précisé sa conclusion tendant à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il sollicitait le versement des indemnités journalières, dès et y compris le 1^{er} mars 2022, date d'interruption des prestations de l'intimée.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les

décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, comme déjà constaté dans l'ordonnance du 25 janvier 2023.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à percevoir des prestations de la CNA au-delà du 28 février 2022 pour les suites des accidents des 9 février et 22 juillet 2016.

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où les accidents des 9 février et 22 juillet 2016 sont survenus avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance pour ces événements est soumis à l'ancien droit (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2).

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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 seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 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).

d) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une

jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359).

Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 et 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_400/2020 du 14 avril 2021 consid. 2.2). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C_14/2021 du 3 mai 2021 consid. 4.2.1 et les références).

Pour l'examen de la causalité adéquate en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Il s'agit donc d'appliquer par analogie les critères jurisprudentiels utilisés en cas d'atteintes additionnelles à la santé psychique, mais sans distinguer entre

les composantes somatiques et psychiques des lésions. Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en distinguant entre atteintes psychiques et physiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

e) Au regard de la doctrine médicale, le Tribunal fédéral a retenu que les acouphènes ou tinnitus ne pouvaient pas être considérés comme une atteinte physique ou, pour le moins, comme une atteinte ayant obligatoirement pour origine une cause physique. Dès lors, en présence d'un tinnitus qui n'est pas attribuable à une atteinte organique objectivable d'origine accidentelle (grâce à des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie à laquelle associer les acouphènes), le rapport de causalité adéquate avec l'accident ne peut pas être admis sans faire l'objet d'un examen particulier comme c'est le cas pour d'autres tableaux cliniques sans preuve d'un déficit organique (ATF 138 V 248). Cela signifie qu'en l'absence de lésion organique spécifique, le lien de causalité adéquate entre les acouphènes et l'accident doit être examiné selon les critères objectifs applicables en cas de troubles psychiques, à moins que l'atteinte à la santé subie dans le cas particulier justifie l'application des critères d'examen de la causalité adéquate en matière d'accident de type « coup du lapin » (TF 8C_867/2014 du 28 décembre 2015 consid. 2 ; TF 8C_498/2011 du 3 mai 2012 consid. 6, non publié in ATF 138 V 248).

f) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique ou un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est

insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
- l'intensité des douleurs ;
- 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 ;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 10.2).

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références).

g) Le moment auquel peut intervenir l'examen de la causalité adéquate en cas de traumatisme de type « coup du lapin » correspond à celui auquel l'assureur est en droit de clore le cas, c'est-à-dire de mettre fin aux prestations provisoires et d'examiner le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 3.1). Conformément à l'art. 19 al. 1 LAA, l'examen de la causalité adéquate doit être fait lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de la personne assurée et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (ATF 134 V

109 consid. 4.1 et les références). Par « une sensible amélioration de l'état de santé », il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et références).

5. a) 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).

b) Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui

auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

6. a) En l'espèce, la CNA a mis fin à ses prestations au 28 février 2022 pour les suites des accidents de 2016. Elle a retenu, en se fondant sur le rapport d'expertise du 1^{er} avril 2019 du Dr L._____, qu'il n'existait pas de lien de causalité entre les troubles de l'équilibre, la déhiscence du canal semi-circulaire antérieur et l'hydrops endolymphatique et les accidents. Elle a par ailleurs nié tout lien de causalité adéquate entre ces accidents et les troubles psychiatriques ainsi que l'acouphène dont se plaint le recourant.

b) Il convient d'examiner si les différents troubles que le recourant a présentés dans les suites des accidents des 9 février et 22 juillet 2016 peuvent, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 V 427 consid. 3.2 et les références citées), être considérés comme étant en lien de causalité naturelle et adéquate avec ces accidents.

7. Il est admis que l'atteinte à l'épaule droite présentée par le recourant, sous forme d'une lésion du long chef du biceps de type SLAP, était en lien de causalité (naturelle et adéquate) avec l'accident du 22 juillet 2016, même si elle a été mise en évidence tardivement, par IRM du 8 septembre 2016, et qu'elle a été annoncée à la CNA en tant que « rechute » en date du 11 octobre 2016. L'intimée a pris en charge le traitement de cette atteinte, qui a nécessité une intervention chirurgicale le 29 septembre 2016, dont les suites ont été marquées par l'apparition d'une capsulite rétractile. La CNA n'examine pas, dans la décision attaquée, les séquelles à l'épaule droite, mais se limite à mentionner l'examen final du Dr Q._____ du 9 mai 2018. Dans celui-ci, le médecin

d'arrondissement conclut que, pour les suites de l'accident de juillet 2016 concernant l'épaule droite, on doit reconnaître à l'assuré des limitations fonctionnelles concernant les travaux prolongés au-dessus de l'horizontale, le port répété de charges supérieures à 20 kg et les mouvements répétitifs de la ceinture scapulaire droite. Il retient l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles et qu'aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est due. Cela rejoint les conclusions du Dr J._____, qui a indiqué, dans son rapport du 20 avril 2018, qu'il n'y avait pas de problème au niveau de l'épaule droite rédhibitoire pour une quelconque activité sportive ou professionnelle. On relève encore que les experts d'EE._____ ont retenu, dans leur rapport du 4 décembre 2024, que, sur le plan rhumatologique, ils n'avaient pas de raison de s'écarter des limitations fonctionnelles précédemment exposées retenues par l'intimée (ch. 4.3 let. b de l'évaluation consensuelle), lesquelles n'empêchaient pas le recourant d'exercer son activité habituelle (rapport d'expertise en rhumatologie du 18 octobre 2024 du Dr N._____, faisant partie intégrante du rapport d'expertise d'EE._____ du 4 décembre 2024, ch. 8 let. a).

Les limitations fonctionnelles de l'épaule droite permettent ainsi au recourant d'exercer son activité habituelle. Celui-ci ne prétend pas le contraire et n'a d'ailleurs soulevé aucun grief à ce sujet. Il faut ainsi constater que le recourant ne souffrait plus de séquelles invalidantes en raison de l'atteinte à l'épaule droite en date du 28 février 2022, date à laquelle la CNA a mis fin à ses prestations.

8. Une des plaintes principales du recourant concerne les vertiges et les troubles de l'équilibre, qui sont apparus dans les suites des accidents de 2016.

a) Il convient tout d'abord d'examiner si ces troubles peuvent être expliqués par une cause organique ou si tel n'est pas le cas, comme le soutient la CNA sur la base du rapport d'expertise du Dr L._____ et des appréciations de ses médecins d'arrondissement.

b) Le scanner cérébral réalisé le 19 juin 2017 lors du séjour du recourant à la P._____, ainsi que les radiographies et IRM effectuées sur demande du Dr B._____ ont montré une déhiscence du canal semi-circulaire antérieur à gauche et une dilatation de l'espace endolymphatique de cette même oreille.

Le Dr B._____ est d'avis que ces lésions sont à l'origine des troubles vestibulaires présentés par le recourant (rapport du 21 juillet 2017 et courrier du 14 septembre 2017) et précise qu'un traumatisme assez léger, même parfois un seul bruit intense, peut suffire à entraîner les symptômes d'une déhiscence. Il admet que la déhiscence était certainement préexistante à l'accident, mais estime qu'il en a été le révélateur, probablement du fait qu'une très fine couche osseuse couvrait la déhiscence et que le coup a suffi à la rompre et à faire apparaître les troubles (courriers des 27 mars et 15 mai 2018).

A l'inverse, la Dre X._____ considère que ces atteintes ne sont pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, liées avec les événements accidentels des 9 février et 22 juillet 2016, mais qu'il s'agit de diagnostics endogènes, étrangers à l'accident, d'autant plus que dans les deux événements accidentels, il n'y avait pas eu de traumatisme cranio-cérébral grave avec une lésion structurelle organique telle qu'une hémorragie cérébrale ou une fracture du rocher (appréciations des 9 février et 3 avril 2018).

Pour répondre à la Dre X._____, qui relevait que le Dr B._____ n'avait pas fourni de preuves cliniques de la déhiscence du canal semi-circulaire sous forme de résultats pathologiques d'examen otoneurologiques (appréciation du 3 avril 2018), celui-ci a précisé qu'il était difficile de différencier les symptômes liés à la déhiscence du canal semi-circulaire supérieur gauche des troubles cognitifs liés aux traumatismes crâniens car, dans toutes les atteintes vestibulaires, on pouvait observer des troubles de l'humeur, de la concentration et de l'orientation spatiale, etc. (courrier du 15 mai 2018).

Face à ces opinions divergentes, la CNA a fait réaliser une expertise par le Dr L._____, qui a rendu son rapport le 1^{er} avril 2019. L'expert a pris ses conclusions de manière motivée et convaincante en pleine connaissance du dossier, de l'anamnèse du recourant et de ses plaintes, après avoir procédé à un examen clinique détaillé et complété le bilan radiologique par de nouvelles imageries, dont il a discuté les résultats avec les radiologues. Son rapport d'expertise peut ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante.

A l'issue de son examen, le Dr L._____ affirme sans réserve que la déhiscence du canal semi-circulaire supérieur gauche ainsi que le probable hydrops endolymphatique gauche sont sans rapport avec les deux accidents survenus en 2016 et qu'il s'agit, dans les deux cas, d'anomalies radiologiques découvertes fortuitement, vraisemblablement préexistantes aux deux accidents de 2016, sans impact clinique et asymptomatiques. Il expose que la déhiscence du canal semi-circulaire est minime, à la limite de la résolution radiologique. Quant à l'hydrops endolymphatique, celui-ci n'est retrouvé qu'en fonction de la méthode d'analyse pratiquée, une seule des trois classifications utilisées ayant donné un résultat positif. Il conclut donc à la présence d'un probable hydrops vestibulaire gauche modéré, non confluant et stable au vu de la précédente imagerie effectuée.

Les documents au dossier ne sauraient remettre en question les conclusions de cette expertise. Il convient notamment de préciser que la jurisprudence citée par le recourant et le Dr B._____ n'est pas déterminante puisque l'examen de la causalité doit se faire dans chaque cas particulier en fonction des éléments concrets du cas d'espèce. On ne saurait dès lors conclure à l'existence d'un lien de causalité naturelle du seul fait qu'un tel lien a été reconnu dans une situation se rapprochant de celle dont il est question.

Il ressort de l'expertise que le Dr L._____ a procédé, avec les radiologues du E._____, à une lecture très minutieuse des résultats d'imagerie figurant au dossier et des nouveaux clichés qu'il a fait réaliser.

Dans son courrier du 27 septembre 2020, le Dr B._____ se prévaut du fait qu'il a interprété les images avec la Dre T._____, laquelle dispose d'un diplôme spécialisé en matière de radiologie de la tête et du cou. Cet élément ne saurait être décisif. Rien ne permet en effet de laisser penser que les radiologues du E._____ ne disposeraient pas des compétences nécessaires pour l'interprétation des imageries réalisées. En outre, le dossier ne contient aucune prise de position de la Dre T._____ ou du Dr B._____, qui expliquerait de manière motivée et détaillée pour quelle raison l'interprétation des images faite par les radiologues du E._____ et le Dr L._____ ne devrait pas être suivie.

Dans un autre grief à l'encontre de l'expertise du Dr L._____, le Dr B._____ avance qu'il n'est pas certain que les troubles soient « proportionnels » à la taille d'une déhiscence. Une telle affirmation ne suffit pas à aller valablement à l'encontre des conclusions du Dr L._____. Il faut d'ailleurs relever que le Dr B._____ a admis qu'il était difficile de savoir dans quelle mesure la déhiscence du canal semi-circulaire antérieur et l'hydrops endolymphatique expliquaient les troubles du recourant (rapport du 14 octobre 2017). S'il a finalement été d'avis que, malgré la normalité du bilan fonctionnel, il y avait « quand même de bonnes raisons » de penser que ces deux anomalies étaient les éléments responsables des troubles, son opinion ne permet pas de remettre en question celle du Dr L._____.

Quant au rapport du 9 mars 2020 du Dr G._____, celui-ci n'apporte pas d'éléments concrets susceptibles de remettre en cause l'expertise du Dr L._____.

Enfin, dans son rapport d'expertise spécialisée en oto-rhino-laryngologie du 22 octobre 2024, faisant partie intégrante du rapport d'expertise d'EE._____ du 4 décembre 2024 (ch. 6 let. b), le Dr AA._____ a formellement écarté le diagnostic de déhiscence du canal semi-circulaire supérieur retenu par le Dr B._____, indiquant que, sur les quatre critères permettant de retenir un tel syndrome, seuls deux étaient réalisés. Il a aussi relevé que le diagnostic d'hydrops endolymphatique

n'avait pas non plus été diagnostiqué selon les règles de l'art. Il a donc exclu ces diagnostics, ce qui corrobore l'absence d'atteinte incapacitante en découlant.

Dans son recours, le recourant reproche au Dr L._____ de n'avoir avancé aucun motif objectif pour expliquer l'apparition de ces lésions antérieurement aux deux accidents et en conclut que ses conclusions ne sont en réalité que des hypothèses. Il relève également l'absence de pronostic dans le rapport d'expertise. Il convient cependant de rappeler que le Dr L._____ devait se prononcer sur l'existence ou non d'un lien de causalité entre les accidents et la déhiscence du canal semi-circulaire ainsi que l'hydrops endolymphatique, et non sur l'étiologie exacte de ces troubles et le pronostic. Le Dr L._____ a clairement indiqué qu'un lien de causalité ne pouvait pas être retenu en se basant notamment sur son examen clinique et les imageries à disposition. Il ne s'est dès lors pas contenté de faire des hypothèses, comme le soutient le recourant.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que la déhiscence du canal semi-circulaire et l'hydrops endolymphatique, pour autant que ces diagnostics puissent être retenus, ne sont pas dus aux accidents des 9 février et 22 juillet 2016.

c) Lors de la consultation ORL faite au cours du séjour à la P._____, le Dr D._____ a mis en évidence une atteinte de la perception à droite, compatible avec l'accident, et une hypovalence vestibulaire gauche résiduelle mal compensée visuellement, compatible avec un traumatisme crânio-cérébral ancien (rapport du 9 juin 2017). La jurisprudence a reconnu qu'un déficit vestibulaire pouvait constituer une atteinte à la santé objectivée sur le plan médical (TF 8C_591/2018 du 29 janvier 2020 consid. 6.2). Il se trouve cependant qu'en l'occurrence, le déficit vestibulaire évoqué par le Dr D._____ n'a pas été retrouvé par les autres spécialistes ayant examiné le recourant. Dans un rapport du 21 juillet 2017, le Dr B._____ a en effet fait état d'un bilan fonctionnel normal, précisant qu'il n'avait notamment pas retrouvé l'hyporéflexie

gauche. De même, le Dr L._____ a indiqué que l'examen otoneurologique clinique et instrumental était normal, sans évidence d'une pathologie vestibulaire organique séquellaire des deux accidents survenus en 2016 (expertise p. 14). Le Dr AA._____ a également constaté l'absence de pathologie vestibulaire décelable (rapport d'expertise spécialisée en oto-rhino-laryngologie du 22 octobre 2024, faisant partie intégrante du rapport d'expertise d'EE._____ du 4 décembre 2024, ch. 4.3 et 6b).

Il s'ensuit que les troubles de l'équilibre et vertiges du recourant ne peuvent pas non plus s'expliquer par l'existence d'un déficit vestibulaire consécutif à l'accident.

d) Cela étant, le Dr L._____ ne nie pas l'existence des vertiges dont se plaint le recourant. Il retient en effet le diagnostic de troubles neurocognitifs persistants après un traumatisme crânien avec vertiges chroniques sévères d'origine fonctionnelle (persistent postural perceptual dizziness). Il indique que la symptomatologie chronique multifocale invalidante que présente l'assuré depuis l'accident du 9 février 2016 - incluant les vertiges de type tangage en continu, aggravés par les mouvements du corps et de la scène visuelle, une intolérance aux sons forts avec une sensation d'explosion de la tête et des vertiges, un acouphène latéralisé à gauche, des troubles de mémoire et de concentration, un ralentissement et une baisse du rendement dans les activités, ainsi qu'un repli social - est connue comme une séquelle possible d'un traumatisme crânien, même mineur. Il ajoute qu'on retrouve ces symptômes dans le diagnostic de syndrome post commotionnel (classification OMS) ou celui de troubles neurocognitifs persistants après traumatisme crânien (classification DSM-V). Il précise, s'agissant de ces vertiges et troubles de l'équilibre, qu'une atteinte vestibulaire organique déterminante est rarement mise en évidence et que la nature fonctionnelle des symptômes est admise (expertise pp. 15-16).

Le Dr L._____ rattache ainsi les vertiges et troubles de l'équilibre au traumatisme crânien subi par le recourant.

Le Dr I._____, et également dans une certaine mesure la Dre X._____, remettent cependant en question l'existence d'un traumatisme cranio-cérébral. Dans son appréciation du 14 juin 2018, le Dr I._____ doute que le recourant ait été victime d'un traumatisme crânien lors des accidents de 2016, faisant remarquer que le contenu des déclarations de sinistre LAA diverge des déclarations personnelles faites par l'assuré plus tard, et relevant qu'il n'y a pas d'éléments cliniques et radiologiques objectifs d'un traumatisme crânien. De son côté, la Dre X._____ estimait, dans son appréciation du 9 février 2018, qu'en l'absence de traumatisme cranio-cérébral « compréhensible », il n'y avait pas lieu d'organiser un examen oto-rhino-laryngologique.

Il faut constater que les annonces de sinistre transmises par la Caisse de chômage à la CNA ne font effectivement pas état de traumatisme crânien.

S'agissant du premier accident, le recourant a indiqué avoir reçu le fauteuil de jardin « dans tout le dos », mais s'est plaint de douleurs à la nuque également lors de la première consultation au Centre médical de Z._____ du 11 février 2016. Dans l'annonce d'accident que le recourant a remplie le 12 février 2016 à l'intention de la Caisse de chômage, il a indiqué souffrir de contusions, de douleurs, d'un blocage, de maux de tête et de nausée. Malgré ces indications, la Caisse n'a ensuite noté dans la déclaration de sinistre que l'existence d'une contusion (« Prellung ») dans le dos. Lors de la consultation suivante au Centre médical de Z._____, le 23 février 2016, l'assuré s'est plaint de cervicalgie avec irradiation à la tête sous forme de céphalée pancrânienne sourde, comme en casque, de rotation de la tête douloureuse en région cervicale, de vertiges épisodiques et de sensation de souffle dans l'oreille droite, évoquant un acouphène. Le diagnostic de cervicalgie post-traumatique avec vertiges et acouphène à droite probablement dans contexte de trauma crânien a été posé, avec un diagnostic différentiel de lésion oreille interne droite sur traumatisme.

La seconde déclaration d'accident fait mention d'une chute avec une contusion au dos et au cou. Il ressort toutefois de la première consultation faite au Centre médical de Z._____ le 25 juillet 2016 que l'assuré avait présenté une chute sur le dos et la tête, avec une probable perte de connaissance de courte durée, et qu'il se plaignait depuis lors de « céphalées post gauche », d'une sensation de confusion (perte de concentration, faute d'orthographe dans son prénom, finit parfois ses phrases de manière confuse), de nausées et de lourdeur de la tête avec une légère photophobie. Les diagnostics de commotion cérébrale et de contractures musculaires ont été posés. Dans son rapport du 6 mars 2017, la Dre W._____ confirme l'existence d'un syndrome post-commotionnel sévère et d'un traumatisme cranio-cérébral.

En ce qui concerne l'absence d'éléments cliniques et radiologiques objectifs d'un traumatisme crânien relevée par le Dr I._____, il apparaît que la Dre W._____ avait connaissance qu'aucune lésion n'avait été mise en évidence par imagerie et que, malgré cela, elle a retenu l'existence d'un traumatisme cranio-cérébral et d'un syndrome post-commotionnel. De même, les médecins de la P._____ concluent à un traumatisme cranio-cervical léger sans lésions cérébrales, ayant entraîné un syndrome post-commotionnel lors de l'accident du 22 juillet 2016 (rapport du 10 juillet 2017 pp. 1 et 4). A l'issue de son expertise, laquelle a pleine valeur probante comme vu ci-dessus (consid. 8b), le Dr L._____ pose le diagnostic de status après traumatisme cranio-cérébral léger le 22 juillet 2016 et également de status après traumatisme cranio-cervico-dorsal le 9 février 2016 (rapport du 1^{er} avril 2019).

Il résulte des éléments médicaux qui précèdent qu'il se justifie d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a effectivement subi un traumatisme crânien, du moins lors de l'accident du 22 juillet 2016, et que l'accident du 9 février 2016 a impacté sa colonne cervicale.

9. a) Comme exposé ci-dessus (consid. 4d), en cas d'accident ayant entraîné un traumatisme à la colonne cervicale ou un traumatisme

cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes, dûment attestées par des renseignements médicaux fiables, comprenant notamment l'apparition de douleurs au rachis cervical ou au cou dans les 24 à 72 heures après l'accident. Tel est manifestement le cas en l'occurrence puisqu'il ressort clairement des rapports de consultation du Centre médical de Z._____ que le recourant souffrait de douleurs à la nuque le 11 février 2016, soit deux jours après l'accident du 9 février 2016, et qu'il a fait état de vives douleurs depuis la nuque jusque dans l'épaule lors de la consultation du 25 juillet 2016, qui a eu lieu trois jours après l'accident du 22 juillet 2016.

Il ressort également des rapports au dossier que l'assuré s'est plaint de maux de tête ainsi que de vertiges épisodiques dans les jours qui ont suivi le premier accident et qu'à la suite du second accident, il a présenté des céphalées, une sensation de confusion, des nausées et une légère photophobie, à savoir des symptômes typiques d'un tableau clinique de traumatisme cranio-cervical.

Dans le rapport de la P._____ du 10 juillet 2017, on peut également lire que, depuis l'accident du 22 juillet 2016, l'assuré présente les symptômes d'un syndrome post-commotionnel avec des céphalées, des cervicalgies, des sensations d'instabilité et des troubles cognitifs, qu'il décrit comme des troubles de la mémoire, à court terme et des difficultés de concentration ; il se plaint également de beaucoup de difficultés à écrire et d'une fatigue importante, avec des réveils nocturnes et une irritabilité marquée (rapport de la P._____ p. 2).

Il se justifie dès lors de reconnaître l'existence, à tout le moins initialement, d'un lien de causalité naturelle entre l'ensemble de ces troubles et les accidents subis. Dans son rapport du 3 mai 2017, la Dre W._____ retient d'ailleurs que la symptomatologie de troubles cognitifs,

d'état anxio-dépressif, de céphalées et de vertiges est bien en relation avec le traumatisme crânio-cérébral de juillet 2016.

b) Les vertiges et troubles de l'équilibre dont souffre le recourant depuis les accidents de 2016 font ainsi partie du tableau clinique global des symptômes liés au traumatisme crânien. Dès lors, il n'est pas déterminant que le Dr L._____ ne se soit pas explicitement prononcé sur la causalité naturelle entre ces atteintes et l'accident. On peut néanmoins relever que celui-ci met ces troubles en lien avec le traumatisme crânien subi par le recourant et donc, implicitement, avec l'accident.

c) Il en va de même des troubles neuropsychologiques mis en évidence par les examens réalisés à l'U._____ (rapport du 10 avril 2017), puis durant le séjour à la P._____ (rapport du 10 juillet 2017 p. 4). Selon le Dr I._____, il n'était pas avéré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles neuropsychologiques présentés par l'assuré étaient dus aux accidents de 2016, au vu des versions divergentes des faits présentés par l'assuré et de l'absence d'éléments cliniques et radiologiques objectifs d'un traumatisme crânien (appréciations des 14 juin et 4 juillet 2018). Comme déjà examiné ci-dessus (consid. 8d), les arguments que ce médecin met en avant pour nier un lien de causalité doivent être écartés en l'occurrence, au vu des autres pièces médicales du dossier. Il convient également de relever que, dans son expertise (p. 9), le Dr L._____ constate que « l'origine post traumatique des troubles cognitifs et neuropsychologiques n'est pas remise en question ». Le fait qu'il rapporte cet élément sans émettre de réserve ou de critique ne peut que laisser à penser qu'il soutient ce point de vue. Il ressort par ailleurs du rapport de la P._____ que les plaintes cognitives sont mises en lien avec le traumatisme crânien subi lors de l'accident (rapport du 10 juillet 2017 p. 4).

Il ressort du bilan neuropsychologique réalisé par l'experte CC._____ dans le cadre de l'expertise réalisée par EE._____ en fin d'année 2024 que les troubles cognitifs ne s'étaient pas amendés, dans la

mesure où le recourant continuait de se plaindre de fatigabilité, de limitations intellectuelles et d'une baisse de performance dans tous les domaines. L'experte a retenu les diagnostics de performance à la limite inférieure de la norme en fluence verbale littérale, de légère perturbation du calcul mental (léger ralentissement et une erreur de calcul sur une multiplication complexe) et écrit (erreur de retenue à la soustraction), de perturbation modérée à sévère de la mémoire de travail pour la composante de gestion des interférences (objectivée à un test psychométrique et observée cliniquement), de fléchissement de la mémoire antérograde visuo-spatiale (performance à la limite inférieure de la norme/dans la norme relative à la perte mnésique entre le rappel immédiat et différé) et de performance à la limite inférieure de la norme en flexibilité mentale. Elle a par ailleurs confirmé que le profil neuropsychologique observé chez le recourant était compatible avec le décours des traumatismes crâniens simples dont il avait été victime depuis 2016 (rapport d'expertise spécialisée en neuropsychologie du 23 septembre 2024, faisant partie intégrante du rapport d'expertise d'EE. _____ du 4 décembre 2024, ch. 6.3 let. a).

d) En ce qui concerne les douleurs cervicales, il apparaît que si elles ont, dans un premier temps, fait partie de la symptomatologie typique des traumatismes à la colonne cervicale et cranio-cérébral, elles ont par la suite été jugées en lien avec les troubles dégénératifs cervicaux mis en évidence par le bilan radiologique (rapport de la P. _____ du 10 juillet 2017 p. 4 ; consilium de l'appareil locomoteur du 8 juin 2017 par le Dr V. _____ ; rapport d'expertise spécialisée en rhumatologie du 18 octobre 2024 du Dr N. _____, faisant partie intégrante du rapport d'expertise d'EE. _____ du 4 décembre 2024, ch. 6.3). Les douleurs cervicales qui persistent n'apparaissent ainsi plus en lien de causalité naturelle avec les accidents de 2016.

e) A la suite des accidents de 2016, l'assuré s'est également plaint d'acouphènes. Il apparaît qu'aucune cause objective n'a pu être mise en évidence pour expliquer ce trouble. Dans son appréciation du 22 février 2021, la Dre M. _____ a estimé qu'il s'agissait d'un tinnitus

subjectif sans cause pathologique objectivable dans le domaine ORL. La Dre M. _____ était alors invitée à se prononcer sur un éventuel lien de causalité entre ce trouble et l'accident du 8 avril 2020, à la suite duquel le recourant s'est plaint d'une aggravation des acouphènes. Il ressort néanmoins des pièces au dossier que les acouphènes dont il a souffert dans les suites des accidents de 2016 n'avaient pas disparu au moment de l'événement accidentel du 8 avril 2020. En effet, dans son expertise du 1^{er} avril 2019, le Dr L. _____ mentionne l'existence d'un acouphène latéralisé à gauche, qu'il a classé parmi les symptômes connus comme séquelles possibles d'un traumatisme crânien, même mineur (expertise p. 15). Dans leur évaluation consensuelle du 4 décembre 2024, les experts d'EE. _____ confirment que les plaintes ORL, comprenant un acouphène pulsatile mais pas localisé à l'oreille gauche avec une résonance cérébrale des bruits, sont inchangées depuis 2016, soulignant que le bilan otoneurologique réalisé, tout comme les précédents, ne montrait pas de pathologie auditive ni vestibulaire décelable et que l'acouphène restait inexpliqué du point de vue ORL (rapport d'expertise ch. 4.1).

Compte tenu de la présence d'un acouphène sans cause organique objectivable, la CNA a procédé, dans la décision sur opposition, à l'examen de la causalité adéquate, comme le prévoit la jurisprudence (cf. consid. 4e supra).

f) Il ressort de ce qui précède que la persistance d'un lien de causalité naturelle avec les accidents de 2016 peut être admise pour les vertiges, les troubles de l'équilibre et les troubles neuropsychologiques, en tant que symptômes typiques d'un traumatisme cranio-cérébral, respectivement d'un traumatisme à la colonne cervicale. Il convient encore d'examiner si l'on est en présence d'un lien de causalité adéquate, question qui doit également être examinée en raison de la présence des acouphènes. Cet examen sera fait ci-dessous (cf. consid. 11).

10. La CNA a également envisagé que les troubles présentés par le recourant, ou à tout le moins une partie de ceux-ci, pourraient s'expliquer pour des raisons psychiatriques. La Dre X. _____ a notamment considéré

que le trouble « Persistent Postural Perceptual Dizziness » devait être considéré comme un trouble de somatisation, éventuellement lié à un vertige phobique, sans corrélat organique (appréciation du 12 avril 2019). A l'issue de son examen psychiatrique, le Dr A._____ a confirmé l'existence d'un trouble somatoforme et précisé que celui-ci correspondait, du point de vue ORL, au diagnostic d'un trouble fonctionnel chronique dans le sens d'un PPPD posé par le Dr L._____. Il motive ce diagnostic, d'une part, par le fait que les plaintes somatiques persistantes (vertiges) s'accompagnent d'un sentiment important de détresse et, d'autre part, par la présence de facteurs psychiques qui contribuent à maintenir et à renforcer considérablement le vécu subjectivement invalidant des vertiges, qui ne trouvent pas d'explications suffisantes du point de vue organique. Dans ce sens, il retrouve une situation de stress dû à la perte de la capacité de travail et accentué par la perte de la performance exceptionnelle que l'assuré recherchait dans plusieurs domaines ; du point de vue comportemental, le Dr A._____ note une attitude d'épargne, de retrait et d'évitement social liée à une crainte et à une anticipation anxieuse de l'apparition des vertiges et des symptômes multiples les accompagnant ; il constate une cognition dysfonctionnelle dans le sens d'une fixation sur les vertiges, d'une anticipation catastrophique et d'une fixation sur une étiologie somatique ; du point de vue émotionnel, le psychiatre retrouve des réactions inhabituelles d'irritabilité, d'explosivité, de démoralisation et d'anxiété, qui ne dépassent pas le seuil qui permettrait de poser un diagnostic de trouble dépressif ou anxieux.

Le Dr A._____ ne retrouve pas de comorbidités psychiatriques dans le sens d'un trouble dépressif, anxieux ou d'un syndrome de type post-traumatique. Il rejoint en cela les conclusions du Dr O._____ de la P._____, auxquelles il se réfère. Il écarte ainsi le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) posé par la Dre F._____ dans son rapport du 18 janvier 2018. Il relève d'ailleurs que le suivi de l'assuré auprès de la psychologue R._____ n'avait duré que trois mois. Le Dr A._____ constate, à l'instar du psychiatre de la P._____, l'existence de blessures narcissiques, en ce sens qu'avec les vertiges, le recourant a été d'un coup

privé de ses compétences et possibilités de performances liées aux prouesses d'équilibre dont il faisait preuve, ce qui a entraîné des fissures de son socle narcissique.

Dans son rapport d'expertise spécialisée en psychiatrie du 8 novembre 2024, faisant partie intégrante du rapport d'expertise d'EE. _____ du 4 décembre 2024 (ch. 6.3), la Dre BB. _____ a confirmé le diagnostic de trouble somatoforme. Elle a également retenu que les symptômes présentés par le recourant n'étaient pas suffisamment sévères ni présents continuellement pour justifier le diagnostic d'un épisode dépressif ou d'un trouble anxieux à part entière, ce qui rejoint les conclusions du Dr A. _____. Elle a tout de même posé le diagnostic de trouble dépressif et anxieux mixte dans la mesure où le recourant présente des symptômes dépressifs avec une humeur souvent triste et une diminution de son énergie qui entraîne une augmentation de la fatigabilité, ainsi que des symptômes anxieux primaires sous forme d'une tension interne, de troubles neurovégétatifs et de ruminations. Quant au trouble de la personnalité histrionique retenue par cette experte, lequel remonte à l'enfance du recourant, il n'est en rien lié aux accidents de 2016.

Il ressort de ce qui précède que les conclusions du Dr A. _____ sont motivées et convaincantes. Elles ont en outre été prises en pleine connaissance du dossier, de l'anamnèse du recourant et de ses plaintes, à l'issue d'un examen clinique psychiatrique. Le Dr A. _____ a par ailleurs pris soin de contacter la psychologue R. _____, auprès de qui le recourant a été suivi en 2017. Le rapport d'examen du Dr A. _____ peut dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Le Dr A. _____ retient un lien de causalité naturelle pour le moins probable entre les deux accidents accumulés en 2016 et le trouble de somatisation. Il convient dès lors d'examiner s'il existe également un lien de causalité adéquate.

11. a) La CNA a procédé à l'examen de la causalité adéquate sur la base des critères applicables aux troubles psychiques. Cela apparaît cependant erroné dans le cas présent, puisque les troubles présentés par le recourant ressortissent principalement des atteintes typiques en cas de traumatisme crânio-cérébral ou à la colonne cervicale. Le diagnostic d'autre trouble somatoforme posé par le Dr A. _____ ne saurait en l'occurrence constituer une atteinte psychique qui serait devenue prépondérante par rapport aux autres troubles. En effet, non seulement ce diagnostic est directement en lien avec celui de PPPD posé par le Dr L. _____, mais de plus, le Dr A. _____ mentionne explicitement que le caractère somatique de l'atteinte prédomine dans le vécu de l'assuré et a, de ce fait, proposé une prise en charge par le versant somatique et comportemental, plutôt que par voie psychothérapeutique. En outre, comme exposé au considérant précédent, il n'y a pas d'atteinte dépressive ou post-traumatique qui serait devenue prépondérante.

En ce qui concerne les acouphènes, la jurisprudence prévoit également l'application des critères d'examen de la causalité adéquate en matière d'accident de type « coup du lapin » lorsque l'atteinte à la santé subie dans le cas particulier le justifie, comme c'est le cas en l'espèce.

C'est donc sur la base des critères applicables en cas de « coup du lapin » ou de traumatisme analogue qu'il convient d'examiner la causalité adéquate.

b) C'est le lieu de préciser que la situation médicale du recourant était stabilisée le 28 février 2022, au moment où la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical, et qu'elle a procédé à l'examen de la causalité adéquate.

Dans son rapport du 1^{er} juillet 2019, le Dr A. _____ a constaté que le cas n'était pas stabilisé et qu'il y avait une indication psychiatrique et psychosomatique à suivre le traitement proposé par le Dr L. _____. Le recourant a suivi les séances de physiothérapie vestibulaire en question

d'octobre 2019 à septembre 2020, avec un léger bénéfice sous forme d'une meilleure gestion des troubles, mais avec la persistance d'une instabilité posturale et de vertiges induits par la vision. Le Dr L. _____ en a déduit que l'évolution sur le plan de l'équilibre était globalement stationnaire (rapport du 23 décembre 2020).

Dans la mesure où il a été jugé que la déhiscence du canal semi-circulaire et l'hydrops endolymphatique n'étaient pas en lien de causalité avec les accidents dont il est question, une éventuelle intervention chirurgicale n'avait pas à être prise en charge, d'autant moins qu'elle n'aurait, selon toute vraisemblance, pas été susceptible de modifier la situation puisque, selon les conclusions du Dr L. _____, ces atteintes ne permettaient pas d'expliquer les troubles présentés par le recourant.

Certes, le Dr L. _____ a suggéré un suivi pour le traitement des acouphènes dans son rapport du 23 décembre 2020. Il apparaît cependant que cette prise en charge était proposée en raison de plaintes nouvelles, en lien avec l'apparition ou l'aggravation d'acouphènes perturbateurs depuis quelques mois. Il ressort en effet du dossier que si le recourant a souffert d'acouphènes à partir des accidents de 2016, c'est à la suite de l'accident du 8 avril 2020 que ce trouble a pris un caractère nettement plus invalidant (cf. la lettre de l'assuré au Dr G. _____, transmise à la CNA par courriel du 11 avril 2020).

Au vu de cela, dans la mesure où aucun nouveau traitement n'était évoqué pour les suites des accidents de 2016, il se justifie de reconnaître que la situation était stabilisée. La CNA était ainsi en droit de mettre fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 28 février 2022 et de procéder à l'examen du droit à la rente, singulièrement de la causalité adéquate.

c) Dans sa décision sur opposition, la CNA a qualifié l'accident du 9 février 2016 comme étant de gravité moyenne et celui du 22 juillet 2016 comme un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de

peu de gravité. Cette appréciation de la gravité des accidents n'est pas critiquable. S'il est vrai, comme le relève la CNA, qu'on dispose de peu d'informations sur les forces en jeu au moment où le recourant a été percuté par le fauteuil de jardin, il n'en demeure pas moins que celles-ci n'atteignent en tout cas pas le degré nécessaire pour que l'accident soit qualifié de grave. La gravité de l'accident du 22 juillet 2016 est moindre, l'assuré ayant chuté de sa hauteur, de sorte qu'une classification comme un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité ne prête pas le flanc à la critique.

d) Comme vu ci-dessus, il convient d'examiner la causalité adéquate au regard des critères applicables en cas de « coup du lapin » ou de traumatisme cranio-cérébral, ce qui implique de tenir compte non seulement des atteintes purement physiques, mais également des troubles non objectivables.

aa) La CNA a, à juste titre, nié l'existence de circonstances concomitantes à l'accident particulièrement dramatiques ou de son caractère particulièrement impressionnant. Comme elle le rappelle, tout accident de gravité moyenne a un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime. Or, l'examen de ce critère se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse (ATF 148 V 301 consid. 4.4.3 et les références). En l'occurrence, le déroulement de l'accident du 9 février 2016 ne peut être décrit comme particulièrement impressionnant, même en tenant compte du fait que le recourant a vu que le fauteuil était en train de tomber dans sa direction. Dans ce contexte, le poids du fauteuil et la vitesse à laquelle il a chuté ne sont pas déterminants. Quant à la chute du 22 juillet 2016, elle ne présente aucun caractère particulièrement impressionnant. Ces deux accidents n'ont par ailleurs pas été entourés de circonstances particulièrement dramatiques.

bb) S'agissant du critère de la gravité ou la nature particulière des lésions, le diagnostic de traumatisme de type « coup du lapin » à la

colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral ne suffit pas, en soi, pour conclure à la réalisation du critère invoqué. Il faut encore que les douleurs caractéristiques d'une atteinte de ce type soient particulièrement graves ou qu'il existe des circonstances spécifiques qui influencent le tableau clinique (ATF 134 V 109 consid. 10.2.2 et les références ; TF 8C_427/2013 du 19 mars 2014 consid. 6.2).

En l'occurrence, le recourant a subi, en quelques mois, deux accidents ayant entraîné des troubles typiques d'un traumatisme à la colonne cervicale, respectivement cranio-cérébral. Compte tenu également de la lésion à l'épaule droite qui s'est rajoutée aux atteintes précitées, on peut se demander si l'ensemble de ces éléments permettrait de remplir le critère de la gravité ou la nature particulière des lésions. Cette question peut toutefois demeurer indécise dans la mesure où un autre critère doit être reconnu comme rempli de manière particulièrement marquée, comme cela va être démontré ci-dessous.

cc) La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder le critère du traitement médical spécifique et pénible (TF 8C_259/2022 du 28 novembre 2022 consid. 8.3.3 ; TF 8C_400/2020 du 14 avril 2021 consid. 4.5). En l'occurrence, le traitement antidouleur et les séances de physiothérapie en lien avec l'atteinte à l'épaule droite ne sont par conséquent pas déterminants. Le traitement vestibulaire proposé par le Dr L._____ semble avoir été passablement pénible et éprouvant (cf. courriels de l'assuré des 1^{er} octobre et 6 décembre 2019), certains exercices ayant causé une augmentation des symptômes de nausées et de malaises pendant plusieurs jours (recours p. 9). Ce traitement a consisté en 18 séances réparties sur une année seulement, du 3 octobre 2019 au 24 septembre 2020 (rapport du Dr L._____ du 23 décembre 2020), et ne constitue dès lors pas un traitement prolongé.

dd) S'agissant de l'intensité des douleurs, il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption conséquente durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C_400/2020 du 14 avril 2021 consid. 4.3 et les références).

En l'occurrence, le recourant a souffert d'importantes douleurs, surtout dans les suites de l'accident du 22 juillet 2016, qui ont justifié un traitement antalgique à base de morphine. Il a également présenté des vertiges dès le premier accident, lesquels se sont pleinement développés à l'arrêt du traitement analgésique et sont devenus son principal problème de santé, persévérant avec une intensité constante depuis lors (examen du Dr A. _____ p. 7). Ces vertiges sont omniprésents dans la vie du recourant. Ils sont déclenchés par des stimuli extérieurs, des bruits abruptes et d'une certaine intensité, des stimuli visuels intenses ou des stimuli sociaux intenses. Quand le recourant descend un escalier ou entre dans un lieu fermé, par exemple l'entrée dans un tunnel en voiture ou en métro, les vertiges sont déclenchés. La présence de plusieurs personnes, de conversations ambiantes, par exemple dans le train, une musique dans un écouteur, sont systématiquement des stimuli. La conduite automobile, soit comme conducteur ou comme passager, est devenue impossible vu le déclenchement des vertiges. Le déroulement des vertiges, une fois déclenchés, est le suivant : sensation de vertiges, puis nausées souvent avec vomissements, puis l'estomac noué et souvent crise de diarrhée immédiate. S'ajoute aussi très fréquemment une dimension émotionnelle qui accompagne les sensations, avec une irritation, un agacement irrépressible et une colère qui monte et qui s'exprime facilement sur un mode verbal (examen du Dr A. _____ p. 8). Ces vertiges impactent très fortement la vie quotidienne de l'assuré. Celui-ci disposait en effet d'un sens de l'équilibre particulièrement développé puisqu'il avait atteint un niveau très élevé en patinage artistique (ancien champion belge et participation à des sélections internationales) et disposait d'une licence de pilote d'avion depuis 2002 (courriel de l'assuré

du 9 janvier 2018 et rapport de l'entretien à la CNA du 9 mai 2018). Avec l'apparition des vertiges, il a dû renoncer à piloter, de même qu'à conduire une moto ou une voiture (courriel de l'assuré du 9 janvier 2018, rapport de l'U._____, examen du Dr A._____ p. 8). Les troubles qu'il présente l'ont également contraint à déménager pour habiter un rez-de-chaussée du fait que l'utilisation de l'ascenseur pour aller à son logement devenait de plus en plus pénible (courriel du 5 décembre 2019). Malgré les traitements entrepris, les vertiges n'ont manifestement pas diminué étant donné qu'ils ont entraîné régulièrement des chutes, notamment dès l'année 2020, lesquelles ont, à leur tour, impliqué des douleurs et parfois également des conséquences plus graves, comme une déchirure du tendon de l'épaule gauche (rapport médical intermédiaire du Dr G._____ du 28 août 2020) ou l'aggravation des acouphènes à la suite de la chute du 8 avril 2020 (rapport médical intermédiaire du Dr G._____ du 28 août 2020 ; voir également point de situation du 27 avril 2021 et courriel de l'assuré du 31 mars 2022).

Le recourant a aussi présenté, dans les suites des accidents de 2016, des troubles cognitifs, influencés par les douleurs et les vertiges, avec des implications non négligeables sur ses aptitudes (examen neuropsychologique de l'U._____ et de la P._____). Si le niveau cognitif du recourant lui permet de continuer à fonctionner au quotidien, il ressort des rapports au dossier qu'il disposait d'un haut niveau d'aptitudes cognitives, qu'il n'a plus retrouvé depuis les accidents de 2016 (examen neuropsychologique de l'U._____, examen du Dr A._____ p. 10). Il a ainsi notamment expliqué qu'il avait publié plusieurs livres, mais qu'il n'a pas repris la plume depuis ses accidents car il n'est plus en mesure de conceptualiser clairement une histoire et qu'il n'arrive plus à écrire ni à lire longtemps car le regard fixe ou légèrement balayant déclenche des vertiges (examen du Dr A._____ p. 8-9).

Les troubles présentés par le recourant à la suite des deux accidents de 2016 ont en outre entraîné un retrait social important, le recourant expliquant qu'il ne sort quasiment plus qu'accompagné de son épouse et que leur couple a pratiquement renoncé à une vie sociale car

les repas amicaux avec des couples d'amis lui sont devenus extrêmement pénibles en raison des bruits de vaisselle et des conversations voisines, qui déclenchent des vertiges (examen du Dr A. _____ p. 8).

Au vu de ce qui précède, il faut reconnaître que les douleurs et troubles dont souffre le recourant depuis les accidents de 2016 sont d'une intensité toute particulière et qu'ils ont entraîné des conséquences très importantes sur sa vie quotidienne, en comparaison de celle qu'elle était auparavant. Il se justifie dès lors de retenir que le critère de l'intensité des douleurs est présent de manière particulièrement marquée, ce qui justifie l'admission d'un lien de causalité adéquate.

ee) Au vu de cela, il n'apparaît pas nécessaire d'examiner les critères pour l'examen de la causalité adéquate restants. On peut toutefois relever qu'il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical à déplorer, ni de difficultés apparues au cours de la guérison, ni de complications importantes et qu'il ne ressort pas du dossier que le recourant aurait déployé des efforts en vue de reprendre une activité, étant précisé que la durée de l'incapacité de travail n'est pas déterminante s'agissant des critères en matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7 ; TF 8C_21/2021 du 11 mars 2022 consid. 6.4.3).

12. Il résulte de ce qui précède qu'en date du 28 février 2022, le recourant présentait toujours des symptômes typiques d'un traumatisme crânio-cérébral, respectivement d'un traumatisme à la colonne cervicale, en lien de causalité naturelle et adéquate avec les accidents des 9 février et 22 juillet 2016.

Il convient dès lors d'examiner si la persistance de ces atteintes doit conduire à l'octroi de prestations de la part de la CNA, singulièrement si elles justifient l'octroi d'une rente et/ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Faute d'avoir reconnu l'existence de troubles en

lien de causalité avec les accidents de 2016, la CNA n'a pas instruit la question du caractère incapacitant des atteintes présentées par le recourant et les pièces au dossier ne permettent pas de se prononcer sur cette question. En effet, le rapport d'expertise d'EE. _____ du 4 décembre 2024, qui se prononce sur la capacité de travail du recourant, retient de nombreuses limitations fonctionnelles, dont il n'est pas évident qu'elles soient toutes rattachables à des atteintes découlant des accidents de 2016. Il est cependant manifeste que les troubles présentés par le recourant à la suite de ces accidents ont un caractère incapacitant. Il y a ainsi lieu de renvoyer la cause à la CNA pour qu'elle complète l'instruction sur le caractère invalidant des atteintes présentées par le recourant, qui sont en lien de causalité avec les accidents de 2016.

Une fois que le caractère invalidant des atteintes en lien de causalité avec les accidents aura pu être déterminé, il appartiendra à la CNA de statuer sur l'éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

13. Il ressort des considérants qui précèdent qu'il n'est pas nécessaire, en vue de statuer sur le lien de causalité, de mettre en œuvre une nouvelle IRM ou une seconde expertise au sujet de la déhiscence du canal semi-circulaire et de l'hydrops endolymphatique, comme le requiert le recourant. Il en va de même de sa demande d'auditionner le Dr B. _____ comme témoin. Ces requêtes peuvent ainsi être rejetées, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

14. a) Le recours est par conséquent admis et la décision sur opposition du 18 novembre 2022 est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et 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
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 18 novembre 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

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

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

Le président :

La greffière :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :