

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 janvier 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Durussel et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

K._____, à **O.**_____, (France), recourant, représenté par Me Ghita
Dinsfriend-Djedidi, avocate à Genève,

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. K. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant français domicilié dans ce pays, travaillait depuis le 18 octobre 2021 en qualité d'[...] à 100 % pour le compte d'[...] Sàrl (ci-après : l'employeur), dont le siège se trouve à [...] (Vaud). Il était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Selon la déclaration d'accident LAA remplie le 6 novembre 2021 par l'employeur, l'assuré a été retrouvé inconscient par l'un de ses collègues le 4 novembre 2021. Il était *a priori* tombé de son échelle, d'une hauteur d'environ un mètre cinquante, lors du [...] et avait souffert d'un traumatisme crânien.

Les premiers soins ont été prodigués le jour même aux Services des urgences de l'Hôpital de D. _____. Un scanner cérébral et cervical y a été effectué le jour même en raison d'une douleur de la région temporale droite et de la colonne cervicale plus marquée au niveau C2-C4, lequel a révélé un élargissement des sillons corticaux et du système ventriculaire, une bonne différenciation cortico-sous-corticale, une absence d'hémorragie intracérébrale, une absence de déviation de la ligne médiane, des citernes de la base libres, une absence de fracture de la voûte crânienne, un aspect normal des cavités orbitaires et sinusiennes, une absence de tassement des corps vertébraux de la colonne cervicale, un processus odontoïde bien centré par rapport au C1 et une discopathie C7-D1 avec pincement de l'espace intersomatique. Une radiographie de la colonne dorsale face profil a également été effectuée, dont il ressort une absence de signe évident de fracture dans le plan coronal, ainsi qu'un scanner de la colonne dorsale, révélant un aspect légèrement cunéiforme de D6, D7 et D8 associé à des petites hernies intraspongieuses sans trait de fracture ni de tuméfaction des tissus mous paravertébraux, vraisemblablement dans le cadre d'une maladie de Scheuermann, et une absence de listhésis. Le Dr L. _____, chef de clinique et spécialiste en

médecine interne générale, a établi le 4 novembre 2021 un arrêt de travail à 100 % jusqu'au lendemain.

Par courrier du 5 novembre 2021, l'employeur, faisant référence à un entretien qui s'était déroulé le 3 novembre 2021, a résilié le contrat de travail qui le liait à l'assuré avec effet au 10 novembre suivant.

Par certificat établi le 5 novembre 2021, le Dr V._____, médecin traitant de l'assuré établi en France, a attesté une incapacité de travail totale de son patient jusqu'au 21 novembre 2021 en raison de cervicalgies, d'une entorse cervicale, de céphalées et d'une raideur rachidienne.

La CNA a pris le cas en charge (cf. courrier du 11 novembre 2021).

Par certificats successifs, le Dr V._____ a prolongé l'incapacité de travail totale jusqu'au 28 février 2022 en raison d'un traumatisme crânien et cervical, de cervicalgies (raideur cervicale), de céphalées et de vertiges.

Par rapport du 18 janvier 2022 à la CNA, le Dr V._____ a posé les diagnostics de traumatisme rachidien, thoracique et de l'épaule gauche avec persistance de douleurs thoraciques et à l'épaule gauche, l'évolution étant lente mais allant vers une amélioration.

Lors d'un entretien téléphonique avec un collaborateur de la CNA le 17 février 2022, l'assuré a indiqué ressentir des douleurs aux cervicales et à la tête. L'évolution était bonne et il espérait reprendre le travail à 100 % à l'issue de sa prochaine consultation auprès du Dr V._____ le 24 février 2022. Il a également précisé être déprimé par la situation, son médecin traitant lui ayant d'ailleurs conseillé de prendre rendez-vous avec un psychologue.

Par rapport initial LAA complété le 23 février 2022, le Dr L._____ a posé le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC) mineur, les imageries n'ayant pas révélé de lésion. Il a attesté une incapacité de travail totale du 4 au 5 novembre 2021, indiquant que le suivi médical était effectué par le médecin traitant, le traitement au sein de l'Hôpital de D._____ étant terminé.

Les 24 février et 29 mars 2022, le Dr V._____ a prolongé l'arrêt de travail de son patient au 31 mars, puis au 1^{er} mai 2022.

Selon une notice téléphonique du 8 avril 2022, l'assuré a déclaré à un collaborateur de la CNA qu'il avait passé un scanner la semaine précédente, qui avait révélé une lésion à la vésicule pour laquelle il devait se faire opérer le 19 avril 2022. S'agissant de l'accident, l'assuré a indiqué qu'il souffrait toujours de migraines, ainsi que de douleurs au niveau du dos et des cervicales. Il a expliqué prendre des calmants et des anti-douleurs et se sentir complètement démuné face à cette situation.

Par appréciation du 11 avril 2022, la Dre B._____, médecin praticienne et médecin d'arrondissement de la CNA, a préconisé qu'une évaluation à la Clinique M._____ (ci-après : la M._____), à [...], soit réalisée après l'opération de la vésicule.

L'assuré a fait l'objet d'une évaluation interdisciplinaire auprès de la M._____, où il a séjourné du 23 au 25 mai 2022. Par rapport du 1^{er} juin 2022 y relatif, le Dr S._____, spécialiste en neurologie, et la Dre U._____, spécialiste en médecine interne, ont posé les diagnostics primaires d'accident de chantier (chute de hauteur) le 4 novembre 2021 avec un TCC léger (C 06.9), des contusions de l'hémicorps gauche, des cervicalgies et lombalgies non spécifiques, à prédominance à gauche (M 54.2 ; M 54.5), des troubles dissociatifs (de conversion) mixtes (F 44.7) et un stress post-traumatique au décours (F 43.1). Ils ont de plus émis l'appréciation suivante :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

(...)

En bonne santé habituelle, il est victime d'un accident sur son lieu de travail le 4 novembre 2021 pour lequel les circonstances sont reconstruites à travers l'hétéro-anamnèse de ses collègues. Il s'agirait d'une chute d'un escabeau d'environ 1 m 50 avec un traumatisme crânien et perte de connaissance de durée indéterminée.

Rapidement l'assuré commence à se plaindre de céphalées, vertiges, plus ou moins troubles digestifs, rachialgies et douleurs latéro-thoracique gauches irradiant vers l'épaule gauche.

Parallèlement les premières semaines sont marquées par quelques cauchemars puis un sommeil agité, et un changement du comportement.

L'assuré est pris en charge par son médecin de famille conjointement avec un kinésithérapeute et un psychiatre depuis janvier 2022. A l'aide de cette prise en charge pharmacologique, psychothérapeutique et physique, l'assuré déclare une amélioration au niveau des douleurs latéro-thoraciques gauche, l'épaule et à un moindre degré l'hémicrânie gauche mais surtout une amélioration de la qualité du sommeil depuis deux mois. Il persiste toutefois encore des douleurs en particulier rachidiennes, des céphalées associées à des cervicalgies latérales gauches ainsi que des vertiges. L'assuré déplore également un changement de caractère avec un pessimisme, des idées noires, une certaine anhédonie, un manque de plaisir et culpabilité à l'égard de son épouse et ses enfants.

A l'examen somatique, on retient essentiellement une authentique sidération physique avec des mouvements robotisés, une crispation générale et des auto-limitations par peur d'avoir mal, le tout traduisant une kinésiophobie (confirmée également par l'auto-questionnaire TSK avec un score de 59 points correspondant à un degré modéré à sévère). En dépit des conditions sub optimales de l'approche clinique en raison des contre-pulsions et des auto-limitations, on retiendra une palpation douloureuse paravertébrale gauche, à l'étage cervical et dorsal ; sans raccourcissement musculo-tendineux mais plutôt une hypertonie ; quelques triggers points en paracervical gauche. Il n'y a pas de raideur à proprement parlé puisqu'on arrive en passif lorsque le patient se détend à obtenir des mobilités satisfaisantes en particulier du rachis cervical.

L'examen neurologique spécialisé, reste strictement dans les limites de la norme, en dépit des plaintes diffuses de l'assuré, sans signe de latéralisation ni d'atteinte radiculaire ou tronculaire.

L'examen neuropsychologique réalisé auprès de ce patient ralenti, apparaissant somnolent après 2 heures d'évaluation montre des résultats aux épreuves cognitives majoritairement effondrés, ce qui rend le tableau neuro-psychologique invalide. De surcroît, l'évaluatrice relève des incohérences entre les tâches, par exemples

des épreuves plus demandeuses en ressources sont mieux réussies que des tâches simples et résistantes aux atteintes cérébrales ; au sein des tâches comme par exemple, forte variabilité des temps de réaction, fluctuation du ralentissement mais également entre la présentation clinique, son autonomie au quotidien et les résultats aux tests, entre les résultats effondrés et l'atteinte neurologique mineure.

A ce stade, nous retenons une chute d'un escabeau d'une hauteur d'environ 1.50 mètres, survenue le 04.11.2021 entraînant une perte de connaissance dont la durée n'est pas précisable. Les investigations clinico-radiologiques ne retrouvent aucun substrat lésionnel au niveau cérébral ni rachidien. L'assuré se plaint de douleurs multiples, de l'hémicrâne gauche, latéro-cervicales gauches, de l'épaule gauche, de l'hémi-thorax gauche, qui en dehors des contusions initiales ne reposent pas sur des lésions organiques objectivables. Concernant le TCC, l'ensemble des éléments nous permettent de retenir tout au plus un TCC léger, qui à 6 mois du traumatisme, ne peut pas expliquer les plaintes actuelles de M. K._____.

M. K._____ participe à l'évaluation des capacités fonctionnelles comme il l'a fait lors de l'approche clinique, à savoir avec de multiples auto-limitations. Il importe à préciser que le Dr [...], chirurgien général et digestif auprès des cabinets [...] à O._____ (France), n'a pas émis de limitations à cette épreuve au regard de la cholécystectomie du 19 avril 2022. Le score de 70 atteint par Mr K._____ à l'auto-questionnaire PACT laisse supposer qu'il s'estime apte à des activités qui exigent un niveau d'effort inférieur et sédentaire, essentiellement assis. Sont présents également des signes de non-organicité de Waddell (pression axiale sur le vertex et rotation simulée à 20° avec ceinture fixée) ; une grande variation entre les trois tests au Jamar, ne permettant pas de restituer des valeurs en courbe de cloche ; une discordance entre la force de préhension maximale et la manutention de la caisse lors du test de levé du sol à hauteur de la taille. Le tout a été accompagné d'un comportement démonstratif avec des pertes de l'équilibre de la position debout, d'importants tremblements de tout le corps et une lenteur extrême dans la réalisation de différentes tâches. Même le niveau de performance estimé comme minimal n'a pas été atteint lors de la manœuvre de maintien des bras tendus à l'horizontal, la marche rapide sur 3 minutes et la manutention des charges au « lever horizontalement ». Au vu de ce qui précède, la volonté de donner le maximum aux différents tests est considérée comme insuffisante, le niveau de cohérence comme faible.

Dès lors, lorsque le substrat organique lésionnel ne permet pas d'expliquer la multitude de plaintes, leur intensité et résistance au traitement, l'évaluation psychiatrique revêt une valeur prépondérante.

L'investigation psychiatrique ne retrouve aucun antécédent psychiatrique personnel ou familial. L'assuré n'a jamais été amené à consulter un professionnel de la santé mentale jusqu'à l'épisode qui nous occupe. Notre expert psychiatre relève un tableau clinique imprégné par un climat dissociatif à commencer par une impression sincère d'indifférence apparente à son trouble. Il indique également souffrir d'une astasie-abasie et des lâchages des membres inférieurs. Il évoque également des moments stuporeux durant la journée ainsi que des épisodes de somnambulisme qui ont maintenant régressé avec la prise de somnifères. Notre psychiatre retient également des éléments de stress post-traumatique un peu atypiques du fait de l'absence de souvenir conscient de l'événement. Il rappelle également que le traumatisme ne réside pas forcément dans l'événement même, mais parfois dans la représentation que l'on s'en fait. M. K. _____ revient fréquemment sur le sentiment de panique éprouvé au réveil lorsqu'il aurait remarqué ses jambes trembler involontairement. Et de manière générale, il a l'impression que son corps ne lui obéit plus depuis l'accident. Au vu des éléments précités, il propose le diagnostic de troubles conversifs mixtes.

En ce qui concerne le **pronostic du retour au travail**, sur la base des constatations médicales objectives, le traumatisme du 04.11.2021 n'a pas occasionné de lésions contre-indiquant le retour au travail dans l'activité habituelle. A celle-ci s'oppose actuellement une symptomatologie psychique en cours d'amélioration. De même, elle est intriquée à des facteurs psychosociaux pouvant influencer négativement la réinsertion socioprofessionnelle tels que le score très élevé d'Intermed à 32 traduisant une complexité biopsychosociale; des douleurs cotées très haut, des tests neuropsychologiques invalides ; une kinésiophobie modérée à sévère ; un catastrophisme élevé (score à 46 à PCS).

Toutefois, on peut estimer globalement le pronostic bon, tant au plan somatique que psychique, et à court terme, à condition d'intensifier la prise en charge psychique (suivi psychiatrique et médication antidépressive). Cette dernière pourrait être éventuellement complétée par EMDR [*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*], en tant que traitement reconnu maintenant pour le syndrome de stress post-traumatique, voir des séances d'hypnose. Concernant la prise en charge somatique, il est important de poursuivre la prise en charge physiothérapeutique afin de l'aider à combattre la kinésiophobie, à travers des exercices de mobilisation active, de coaching avec un programme d'exercices détaillés pour le domicile puis une supervision structurée avec biofeedback, en alternance avec des exercices d'étirements et poursuivre, éventuellement le myorelaxant.

A l'issue de l'entretien avec les différents spécialistes mais également celui du débriefing final qui clôt l'évaluation, nous avons donné des explications détaillées à M K. _____ concernant les mécanismes de la douleur, les approches thérapeutiques et avons

proféré des propos rassurants afin de dédramatiser la situation. L'assuré s'y est montré particulièrement à l'écoute et ouvert à nos suggestions. Nous avons insisté sur l'absence de lésion organique en lien avec cet accident et sur l'aspect bénin du trouble psychique, qui devrait évoluer favorablement à très court terme, moyennant l'accompagnement par les professionnels de santé (son médecin généraliste, physiothérapeute, psychiatre/psychothérapeute). »

Par appréciation du 23 juin 2022, la Dre B. _____ a indiqué qu'il ne lui appartenait pas de se prononcer sur les aspects psychiatriques. Sur le plan somatique, elle a retenu que la chute du 4 novembre 2021 n'avait entraîné aucune lésion structurelle pouvant lui être imputée ; selon elle, les plaintes de l'assuré ne retrouvaient pas de substrat organique objectivable et, dans ces conditions, elle a considéré que l'évènement du 4 novembre 2021 avait totalement cessé de déployer ses effets au plus tard le 25 mai 2022. Dès lors, la capacité de travail était entière dès le 26 mai 2022 et il n'y avait aucune atteinte objectivable qui puisse justifier, sur le plan somatique, la poursuite d'une incapacité de travail au-delà de cette date.

Par décision du 28 juin 2022, à nouveau adressée à l'assuré le 21 septembre 2022 sur demande de celui-ci, la CNA a signifié à ce dernier qu'au vu des documents médicaux en sa possession, il n'y avait plus de séquelles de l'accident nécessitant un traitement, et ce au plus tard au 25 mai 2022. S'agissant des troubles psychiques, elle a indiqué qu'elle en répondait lorsqu'ils constituaient une suite naturelle et adéquate d'un accident couvert par l'assurance ; selon les éléments d'appréciation dont elle disposait, les troubles psychiques de l'assuré ne présentaient plus de lien de causalité adéquate avec l'accident, de sorte qu'elle devait mettre fin à la prise en charge des prestations d'assurance au 3 juillet 2022. La CNA a également indiqué qu'en l'absence de séquelles ayant un lien de causalité adéquate avec l'accident, elle ne pouvait allouer à l'intéressé des prestations en espèces supplémentaires sous la forme d'une rente d'invalidité et/ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle.

Par courrier daté du 14 octobre 2022 et envoyé sous pli recommandé le 17 octobre suivant, l'assuré a formé opposition à

l'encontre de la décision précitée. Il a indiqué souffrir quotidiennement de maux de tête envahissants l'empêchant de dormir et l'obligeant à prendre des somnifères et avoir consulté un neurologue sur recommandation de son médecin et de son psychiatre traitant. L'assuré a annexé à son envoi les pièces suivantes :

- un rapport établi le 22 septembre 2022 à l'attention du Dr V._____, par lequel le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assuré pour un syndrome anxio-dépressif avec insomnie depuis plusieurs mois à la suite d'un accident de travail. Le médecin précité a expliqué avoir prescrit à son patient un antidépresseur avec un anxiolytique et un somnifère et procéder à une baisse progressive de ses psychotropes ; il constatait toutefois un ralentissement psychomoteur, un regard dans le vide, un faciès tiré et une confusion temporelle, de sorte qu'il estimait nécessaire que son patient consulte un neurologue ;

- un rapport du 22 septembre 2022, par lequel le Dr V._____ a exposé suivre l'assuré depuis de très nombreuses années et certifié que celui-ci ne présentait aucun trouble neuropsychique jusqu'à l'accident de travail de novembre 2021.

Le 29 janvier 2023, l'assuré a encore produit les pièces suivantes :

- un rapport du 6 décembre 2022, par lequel le Dr X._____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué qu'à l'examen clinique de l'assuré, il avait constaté une raideur en rotation cervicale gauche, ainsi qu'un dérangement intervertébral mineur. Il n'y avait pas d'atteinte au niveau du membre supérieur gauche. Le médecin susmentionné a expliqué avoir proposé des gestes locaux, tels des manipulations vertébrales, une mésothérapie et un traitement myorelaxant ; des gestes guidés pouvaient constituer un complément utile selon l'évolution ;

- une demande de bilan d'orthophonie et de rééducation pour troubles cognitifs diffus à prédominance dysexécutive et attentionnels, dans le cadre d'un « syndrome traumatisé crânien post chute novembre 2021 » établie le 23 janvier 2023 par la Dre N._____, spécialiste en neurologie ;

- un certificat du 26 janvier 2023, par lequel le Dr V._____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 31 mars 2023 en raison d'un traumatisme crânien, d'un syndrome post-traumatique et d'un trouble neurologique.

A la demande de la CNA, l'assuré a produit le 9 mars 2023 le rapport établi le 23 janvier 2023 par la Dre N._____, selon lequel l'examen clinique avait révélé une marche normale, un « romberg tenu funambule » dans la norme, une absence de déficit moteur et sensitif focal, une pallesthésie normale, des « RORT +/- symétriques », une absence de syndrome pyramidal, une discrète akinésie du membre supérieur bilatéral, une absence de roue dentée, d'ataxie et d'hémianopsie latérale homonyme, des paires crâniennes normales (pas de paralysie faciale, pas de dysarthrie, pas de trouble oculomoteur à la poursuite), ainsi qu'une dystonie atypique des joues en sourire cristé d'allure fonctionnel distractible. La neurologue a ainsi conclu à des troubles cognitivo-comportementaux majeurs dans le cadre d'un syndrome des traumatisés crâniens sous réserve d'un résultat d'IRM cérébrale non vu le jour de la consultation. Elle a préconisé une prise en charge globale rééducative et sociale et la poursuite du suivi psychiatrique, précisant qu'une psychothérapie de type cognitivo-comportementale EMDR avait été proposée, mais pas réalisée.

Le cas de l'intéressé a à nouveau été soumis pour appréciation à la Dre B._____, qui a relevé, le 17 avril 2023, qu'il ne lui appartenait pas de commenter le syndrome anxio-dépressif avec insomnie retenu par le psychiatre traitant de l'assuré. Elle a indiqué en revanche sur le plan somatique que le rhumatologue n'avait pas mis en évidence de lésion structurelle, ayant simplement relevé une raideur en rotation cervicale

gauche et proposé un traitement sous forme de manipulations vertébrales et de mésothérapie associés à un traitement myorelaxant. La Dre B._____ a relevé que la Dre N._____ mettait en évidence un bilan neuropsychologique des valeurs effondrées dans l'ensemble des domaines. Selon elle, cette médecin n'avait toutefois pas évalué les nombreuses discordances du bilan neuropsychologique effectué à la M._____ et n'avait pas procédé à une analyse fine de ces discordances, ni à la validation des symptômes, comme l'avait fait la neuropsychologue de la M._____ lors de l'évaluation interdisciplinaire. Dès lors, au vu de l'absence de cohérence entre les troubles cognitivo-comportementaux majeurs retenus par la Dre N._____ et le bon fonctionnement de l'assuré, avec des épreuves bien réalisées qui demandaient de nombreuses capacités cognitives, alors que des épreuves plus simples montraient un score effondré, elle ne pouvait retenir que l'assuré présentait une atteinte neurocognitive en lien avec l'évènement du 4 novembre 2021. En réponses aux questions de la CNA, la médecin d'arrondissement a retenu que l'intéressé avait présenté un TCC léger sans lésion somatique objectivable, que ce soit sur le plan cérébral, cervical et rachidien, qui était en lien de causalité probable avec l'évènement du 4 novembre 2021. L'assuré présentait selon elle une discopathie C7-D1 avec un pincement de l'espace intersomatique préexistant à l'évènement avec un aspect légèrement cunéiforme de D6-D7 et D8 associé à des petites hernies intra-spongieuses, sans trajet de fracture ni de tuméfaction des tissus mous paravertébraux, vraisemblablement dans le cadre d'une maladie de Scheuerman. L'évènement du 4 novembre 2021 n'avait ainsi pas entraîné d'aggravation de l'état antérieur, mais une décompensation passagère de l'état antérieur au niveau rachidien. La Dre B._____ a estimé que l'évènement du 4 novembre 2021 n'avait pas entraîné de lésion structurelle et donc d'atteinte organique et qu'il avait totalement cessé de déployer ses effets depuis de nombreux mois, mais au plus tard lors de l'évaluation interdisciplinaire du 25 mai 2022. L'intéressé ne présentait aucune limitation fonctionnelle somatique en lien avec l'accident, de sorte que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle depuis le 26 mai

2022. Du reste, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité ne devait être octroyée au vu de l'absence de séquelle due à l'accident.

Par décision sur opposition du 20 avril 2023, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Pour l'essentiel, elle a retenu que les appréciations des 23 juin 2022 et 17 avril 2023 de sa médecin d'arrondissement avaient pleine valeur probante, celle-ci ayant organisé un séjour à la M. _____ avant de se prononcer de manière définitive, en toute connaissance de cause et tenant compte des plaintes formulées par l'assuré. D'après l'assureur, le dossier ne contenait aucune pièce médicale circonstanciée susceptible de remettre valablement en cause l'avis probant de la Dre B. _____; l'opinion du Dr V. _____ n'était pas motivée et reposait sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* », qui n'était pas susceptible d'établir une relation de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante; le Dr X. _____ ne semblait avoir qu'une connaissance limitée du dossier et ne s'était pas prononcé sur la causalité des troubles; enfin, la Dre N. _____ ne s'était pas non plus expressément prononcée sur la causalité des troubles et avait admis ne pas s'être prononcée en toute connaissance de cause dès lors qu'elle n'avait pas pu prendre connaissance d'une IRM cérébrale. S'agissant des troubles psychiatriques, la CNA a retenu que les critères posés par la jurisprudence pour retenir l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'évènement accidentel n'étaient pas réunis dans le cas particulier, de sorte qu'un tel lien de causalité ne pouvait être retenu. Au vu de ces éléments, la décision entreprise niant le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance au-delà du 3 juillet 2022 était conforme au droit et devait être confirmée.

B. Par acte du 30 mai 2023, K. _____, désormais représenté par Me Ghita Dinsfriend-Djedidi, a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à la poursuite de l'allocation des prestations d'assurance de la CNA en sa faveur jusqu'à sa guérison complète, ainsi qu'il lui soit reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En substance, le recourant allègue que la Dre

B._____, qui ne l'a jamais ausculté, a écarté sans raison les rapports attestant de son incapacité de travail totale émis par son médecin traitant. Il soutient que le Dr V._____, qui le suit depuis de nombreuses années, a certifié qu'il n'avait jamais souffert de troubles neurologiques avant l'accident, ce qui démontrait le lien de causalité entre ses atteintes actuelles et l'accident. Il allègue que quatre médecins - les Drs V._____, Q._____, X._____ et N._____ - se sont prononcés dans le sens inverse de celui retenu par la Dre B._____ et ont attesté que les symptômes dont il souffrait étaient en lien avec l'accident du 4 novembre 2021, que ce soit sur le plan physique ou psychique. Dans ces circonstances, il estime que les appréciations de la médecin d'arrondissement n'ont aucune force probante. Le recourant plaide également que le fait qu'il ne se souvienne pas de l'accident ne justifie pas qu'il s'agisse d'une atteinte légère, bien au contraire. Selon lui, cette perte de connaissance s'expliquait par un choc violent et imprévisible, ayant causé des atteintes physiques et psychiques conséquentes entraînant une incapacité de travail encore à ce jour. En ce qui concerne le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant fait valoir qu'il souffre quotidiennement dans sa vie professionnelle, sociale et familiale des conséquences de l'accident de travail du 4 novembre 2021, celui-ci l'ayant entravé dans ses perspectives professionnelles et dans sa jeunesse, de sorte qu'il avait droit à une telle indemnité. A l'appui de ses allégations, le recourant a produit des pièces figurant déjà au dossier, ainsi que deux certificats du Dr V._____ des 29 et 31 mars 2023 prolongeant son arrêt de travail aux 23 avril 2023, puis au 31 mai 2023.

Par réponse du 15 juin 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, constatant que le recourant n'alléguait aucun élément nouveau déterminant, de sorte qu'il pouvait être fait référence à la décision sur opposition litigieuse, dont il n'y avait pas lieu de s'écarter.

Par réplique du 15 septembre 2023, le recourant, sous la plume de son conseil, a maintenu sa position selon laquelle les troubles dont il souffrait étaient en lien de causalité avec l'accident et qu'il était toujours totalement incapable de travailler. Il a en particulier relevé que la

Dre N._____ a fait état de « troubles cognitivo-comportementaux majeurs dans les suites d'un TC léger en novembre 2021 sans lésion parenchymateuse cérébrale sur l'IRM cérébral » dans un nouveau rapport du 15 juin 2023 joint à son écriture. Il s'est également prévalu du rapport du 16 juin 2023 de l'orthophoniste H._____, également joint à la réplique, selon lequel il était au bénéfice de trois séances d'orthophonie par semaine. Il a enfin produit une ordonnance établie le 12 juin 2023 par le Dr Q._____ prescrivant en particulier la prise d'antidépresseurs et de Temesta. Le recourant a de surcroît conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Par duplique du 27 septembre 2023, l'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

Le 17 octobre 2023, le recourant a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 10 octobre 2023, par lequel la Dre N._____ a fait état de ce qui suit (sic) :

« **EN CONCLUSION**

Persistance de troubles cognitifs majeurs diffus avec un ralentissement au premier plan

Trouble moteurs à composante extrapyramidal iatrogène +
Mouvements anormaux faciaux à composante fonctionnelle, apraxie d'ouverture des yeux ?

Complément de bilan étiologique par TEP scanner cérébrale

Dépistage apnée du sommeil

Demande de réévaluation avec bilan neuropsychologique de suivi par rapport à 2022 (stable?) et si possible d'une prise en charge en rééducation dans un centre avec plateau multidisciplinaire. »

- une demande établie le 10 octobre 2023 par la Dre N._____ afin d'effectuer un bilan d'orthopédie et une rééducation si nécessaire compte tenu d'une lenteur oculomotrice post-traumatisme crânien accompagnant des troubles cognitivo-comportementaux et thymiques, étant précisé que l'IRM était normale ;

- un certificat médical à joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées rempli par la Dre N. _____ le 12 octobre 2023 en raison de troubles cognitifs post-traumatiques avec ralentissement psychomoteur et troubles thymiques dépressifs et syndrome douloureux post-traumatique en 2021. La neurologue a requis une prise en charge pluridisciplinaire en rééducation auprès de neuropsychologue, orthophoniste, ergothérapeute, orthopédiste, ainsi qu'un suivi psychiatrique et neuropsychique.

Le 28 novembre 2023, le recourant a produit une convocation du Centre hospitalier [...] pour une scintigraphie cérébrale prévue le 17 janvier 2024.

Le 5 décembre 2023, le recourant a produit un certificat établi le 29 novembre 2023 par le Dr V. _____ prolongeant son arrêt de travail au 26 mai 2024.

Dans une nouvelle écriture spontanée du 6 février 2024, le recourant a exposé qu'il avait déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Il a expliqué qu'il n'était plus apte à travailler depuis l'accident en raison notamment de l'atteinte neurologique persistante dont il souffrait, se prévalant à cet égard du rapport du Dr Q. _____ du 8 janvier 2024 posant le diagnostic d'épisode dépressif majeur suite à son traumatisme crânien et relevant que son patient était en incapacité totale de travailler tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, en raison de troubles neurologiques.

Le 13 février 2024, le recourant a encore produit les pièces suivantes :

- un compte rendu de bilan orthoptique du 19 décembre 2023, par lequel J. _____, orthoptiste, a noté que le recourant se plaignait de voir comme dans de l'eau, ne parvenait pas à bouger ses yeux facilement et pouvait rester coincé s'il fermait ses paupières, le trouble du langage

s'améliorant à la suite de la rééducation orthophoniste. L'orthoptiste a en particulier constaté des mouvements oculaires très perturbés, des atteintes au niveau de la poursuite et des saccades importantes, des blocages en vision centrale et des troubles d'orientation du regard ne lui permettant pas une exploration visuelle performante et perturbant certainement la précision et la rapidité de sa coordination œil/main. Elle préconisait de poursuivre la prise en charge pour renforcer ses capacités d'analyse visuo-attentionnelle et travailler les notions visuo-spatiales et la coordination œil/main pour améliorer les capacités visuo-constructives ;

- un rapport du 5 février 2024 à l'OAI, dans lequel la Dre N. _____ a posé les diagnostics de syndrome subjectif des traumatisés crâniens et de troubles neurologiques fonctionnels et estimé que son patient était totalement incapable de travailler.

Le 3 juin 2024, le recourant a encore fait parvenir à la Cour de céans un certificat établi le 22 mai 2024 par le Dr V. _____ prolongeant son arrêt de travail au 22 décembre 2024.

Le 10 juin 2024, le recourant a produit une copie de ses « cartes mobilité inclusion » délivrées tant pour le stationnement que pour les priorités.

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]) compte tenu du domicile du dernier employeur suisse de l'assuré situé dans le canton de Vaud (art. 58 al. 2 LPGA), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour la période allant au-delà du 3 juillet 2022, pour les suites de l'accident du 4 novembre 2021.

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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 cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359).

Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 et 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_400/2020 du 14 avril 2021 consid. 2.2). 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).

Le Tribunal fédéral a toutefois précisé qu'en cas de TCC, un certain degré de sévérité de l'atteinte sous forme d'une *contusio cerebri* était nécessaire pour justifier l'application de la jurisprudence en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de TCC. En revanche, en présence d'un TCC léger, l'examen d'un lien de causalité adéquate s'effectue en application de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un

accident (cf. arrêts 8C_596/2022 du 11 janvier 2023 consid. 4.3.1 et 8C_632/2018 du 10 mai 2019 consid. 7.2.2, publié *in* SVR 2019 UV n° 41 p. 155 ; arrêt 8C_75/2016 du 18 avril 2016 consid. 4.2 et les références citées ; sur la distinction médicale entre TCC léger et *contusio cerebri*, cf. arrêt 8C_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 4.1).

e) Sont considérés comme objectivables les résultats de l'investigation (médicale) susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examineur ainsi que des indications données par le patient. On ne peut ainsi parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (ATF 138 V 248 consid. 5.1 ; SVR 2012 UV n°5 p. 17 ; TF 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 6 et les références citées).

f) 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).

4. 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) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'évènement du 4 novembre 2021 est constitutif d'un accident. Est litigieuse la question du lien de causalité entre l'accident et les troubles du recourant et, ainsi, la prise en charge par l'intimée des suites de cet accident, en particulier au-delà du 3 juillet 2022. Se fondant sur l'avis de sa médecin d'arrondissement, l'intimée estime que les troubles persistants n'ont plus aucun lien avec l'accident, ce que le recourant conteste.

a) Le recourant a été victime d'un accident le 4 novembre 2021, étant tombé de son échelle, d'une hauteur d'environ un mètre cinquante, et ayant perdu connaissance. Le Dr L._____, qui s'est occupé des premiers soins à l'Hôpital de D._____, a posé le diagnostic de TCC mineur, les imageries réalisées le jour de l'accident n'ayant pas révélé de lésion. Il a attesté une incapacité de travail totale jusqu'au lendemain et adressé l'assuré à son médecin traitant, considérant le traitement hospitalier terminé le jour même (cf. rapport du 23 février 2022 du Dr L._____ à la CNA et rapports d'imagerie des 4 novembre 2021). Le recourant est allé consulter son médecin traitant dès le lendemain, lequel a rapporté, par certificat du 5 novembre 2021, des cervicalgies, une entorse cervicale, des céphalées et une raideur rachidienne. Dans les suites de l'accident, l'intéressé a souffert de cervicalgies à prédominance gauche et de douleurs au niveau de l'hémithorax gauche irradiant vers l'épaule et il a rapidement présenté le tableau clinique typique d'un traumatisme cranio-cérébral, à savoir des céphalées, des vertiges, une modification du caractère, une irritabilité et des troubles dépressifs, pour lesquels il a consulté un psychiatre au début de l'année 2022 sur conseil de son médecin (cf. certificats établis entre le 18 novembre 2021 et le 29 mars 2022 par le Dr V._____, rapport du 1^{er} juin 2022 des médecins de la M._____ et rapport du 22 septembre 2022 du Dr Q._____ au Dr V._____). Sur ce syndrome post-commotionnel est venu s'ajouter un stress post-traumatique au décours et des troubles dissociatifs (de conversion) mixtes, selon les Drs S._____ et U._____ ayant procédé à l'évaluation interdisciplinaire à la M._____ du 23 au 25 mai 2022. Ces médecins ont noté que l'assuré se plaignait de cauchemars, d'un sommeil agité, d'un changement de comportement, puis d'idées noires, d'une certaine anhédonie, d'un manque de plaisir et de culpabilité à l'égard de sa famille. Le psychiatre l'ayant ausculté durant son séjour à la M._____ a notamment relevé que l'intéressé rapportait des moments stuporeux durant la journée ainsi que des épisodes de somnambulisme qui avaient régressé avec la prise de somnifères. Le pronostic était selon les médecins de la M._____ bon, à condition d'intensifier la prise en charge psychique (suivi psychiatrique et médication antidépressive).

Au vu de ce qui précède, il sied de constater que le recourant a souffert de cervicalgies et de douleurs au rachis dans les 24 à 72 heures après avoir subi un TCC léger et qu'il a par la suite présenté des symptômes typiques d'un tableau clinique de traumatisme cranio-cérébral selon la jurisprudence (cf. consid. 3d *supra*), sans cause organique objectivable. Ainsi, en l'absence d'élément objectif permettant d'expliquer autrement l'origine de la symptomatologie actuelle, il n'y a pas lieu de réfuter l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre, d'une part, le syndrome post-commotionnel, les troubles neuropsychologiques qui lui sont associés et l'état de stress post-traumatique dont souffre le recourant et, d'autre part, l'évènement accidentel du 4 novembre 2021. La question de la causalité naturelle entre les troubles dissociatifs mixtes et l'accident peut quant à elle rester ouverte, dans la mesure où la causalité adéquate doit quoi qu'il en soit être niée, comme cela sera analysé ci-après (cf. consid. 7 *infra*).

b) Il convient à présent d'examiner si l'on est en présence d'un lien de causalité adéquate. Pour ce faire, il sied d'appliquer les critères retenus par la jurisprudence en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, en distinguant entre atteintes psychiques et physiques (cf. consid. 3d *supra*), le recourant ayant développé, en sus de la symptomatologie caractéristique d'un tableau clinique typique d'un traumatisme cranio-cérébral, des troubles de nature psychique prépondérants qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du traumatisme initial. A cela s'ajoute que, selon la jurisprudence, cette méthode doit, quoi qu'il en soit, s'appliquer en cas de TCC léger, un certain degré de sévérité de l'atteinte étant nécessaire pour justifier l'application de la jurisprudence en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de TCC (cf. consid. 3d *supra*).

6. a) Sur le plan somatique, la Dre B._____ a relevé, par appréciations des 23 juin 2022 et 17 avril 2023, que les imageries effectuées lors de la consultation initiale à l'Hôpital de D._____, soit un

CT cérébral et cervical et des radiographies et un scanner de la colonne dorsale, n'avaient pas révélé de lésion, ce qui avait mené le Dr L. _____ à poser le diagnostic de TCC mineur. Ces examens avaient uniquement révélé la présence d'une discopathie C7-D1 avec un pincement de l'espace intersomatique préexistant à l'évènement avec un aspect légèrement cunéiforme de D6-D7 et D8 associé à de petites hernies intra-spongieuses, sans trajet de fracture ni de tuméfaction des tissus mous paravertébraux, vraisemblablement dans le cadre d'une maladie de Scheuerman. Face aux symptômes ressentis par le recourant et vu le peu d'informations médicales à disposition, la médecin d'arrondissement a préconisé une évaluation interdisciplinaire à la M. _____, à l'issue de laquelle il a été retenu que l'assuré avait présenté une chute avec un TCC léger, des contusions de l'hémicorps gauche et des cervicalgies et lombalgies non spécifiques à prédominance à gauche ; les douleurs multiples de l'hémicrâne gauche, latéro-cervicales gauche, de l'épaule gauche et de l'hémithorax gauche rapportées par le recourant ne reposaient pas sur des lésions organiques objectivables et les médecins avaient été frappés par l'attitude de sidération physique de l'intéressé avec des mouvements robotisés, une crispation générale et des autolimitations par peur d'avoir mal, le tout traduisant une kinésiophobie. Les examens somatique et neurologique spécialisés étaient pourtant strictement dans les limites de la norme, en dépit des plaintes diffuses de l'assuré. Quant à l'examen neuropsychologique réalisé à la M. _____, la Dre B. _____ a rappelé que le tableau neuropsychologique avait été considéré comme invalide ; au vu de l'absence de cohérence entre les troubles cognitivo-comportementaux majeurs retenus par la Dre N. _____ et le bon fonctionnement de l'assuré, avec des épreuves bien réalisées qui demandaient de nombreuses capacités cognitives alors que des épreuves plus simples montraient un score effondré, elle a déclaré qu'elle ne pouvait retenir que l'intéressé présentait une atteinte neurocognitive en lien avec l'accident.

Dans ces conditions, la médecin d'arrondissement a retenu que l'assuré n'avait pas présenté de lésion structurelle pouvant être imputée à l'accident et qu'il n'y avait donc pas d'atteinte organique en lien avec cet évènement. Elle a estimé que la chute avait décompensé de

manière passagère l'état antérieur au niveau rachidien, celle-ci ayant totalement cessé de déployer ses effets depuis de nombreux mois, mais au plus tard lors de l'évaluation interdisciplinaire du 25 mai 2022, les plaintes sur le plan somatique n'étant à partir de ce moment plus en lien de causalité pour le moins probable avec l'évènement du 4 novembre 2021.

b) On relèvera tout d'abord que la Dre B. _____ a établi ses appréciations en pleine connaissance de l'anamnèse, du déroulement de l'accident, des plaintes du recourant, des rapports radiographiques et des rapports des médecins consultés, qu'elle a résumés en tête de ses rapports. Sur le plan formel, ces appréciations remplissent donc les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, même si la médecin n'a pas examiné personnellement l'assuré (arrêt TF 8C_397/2019 du 6 août 2019 consid. 4.3). A cela s'ajoute que les conclusions de la médecin d'arrondissement sont motivées et convaincantes, qu'elle a dûment pris position sur les rapports médicaux produits par le recourant à la suite de sa première appréciation du 23 juin 2022 et qu'aucun élément au dossier n'est susceptible de remettre ne serait-ce que faiblement en doute son appréciation.

aa) Le recourant fait valoir que son médecin traitant a régulièrement attesté une incapacité de travail totale et que, par rapport du 22 septembre 2022, celui-ci a certifié qu'il ne présentait aucun trouble neuropsychique avant l'accident de travail du mois de novembre 2021. Ce faisant, le recourant omet que le fait d'être en incapacité de travail ne permet pas encore de bénéficier des prestations de l'assurance-accidents ; ce ne sont en effet pas les atteintes dont il se plaint qui sont remises en question par l'intimée, mais bien le lien de causalité adéquate entre celles-ci et l'évènement accidentel. En l'espèce, les brefs certificats d'arrêt de travail du Dr V. _____ produits régulièrement dans la présente procédure ne permettent ni d'établir ce lien de causalité, ni d'invalider les conclusions de la médecin d'arrondissement, étant donné qu'ils ne sont nullement étayés. Quant au raisonnement opéré par le médecin traitant dans son rapport du 22 septembre 2022, il ne démontre pas l'origine

traumatique des lésions de son patient, puisque le seul critère que ces douleurs sont apparues à la suite de l'évènement accidentel constitue un raisonnement de type « *post hoc ergo propter hoc* » dont la jurisprudence a souligné, de longue date, qu'il ne permettait pas à lui seul de tirer de conclusions sur l'origine accidentelle d'une telle atteinte à la santé (cf. consid. 3b *supra*).

bb) Quant au rapport du 6 décembre 2022 du Dr X._____, comme le relève la médecin d'arrondissement dans son appréciation du 17 avril 2023, il ne met pas en évidence de lésion structurelle, le rhumatologue ayant uniquement retrouvé à l'examen clinique une raideur en rotation cervicale gauche, ainsi qu'un dérangement intervertébral mineur, et constaté une absence d'atteinte au niveau du membre supérieur gauche. Le médecin précité a donc proposé des gestes locaux, tels des manipulations vertébrales, une mésothérapie et un traitement myorelaxant. Partant, les conclusions du rhumatologue corroborent l'avis des médecins de la M._____, et de la Dre B._____ selon lequel les plaintes du recourant ne reposent sur aucune lésion organique structurelle. Le Dr X._____ ne se positionne au demeurant pas sur le lien de causalité entre les plaintes du recourant et l'accident.

cc) S'agissant du plan neurologique, le recourant se prévaut des rapports de la Dre N._____, qui attesteraient du lien de causalité de ses troubles avec l'accident. On relèvera en premier lieu que le rapport établi le 23 janvier 2023 par la neurologue conclut à des « troubles cognitivo-comportementaux majeurs dans le cadre d'un syndrome des traumatisés crâniens sous réserve d'un résultat d'IRM cérébrale non vue ce jour ». Il convient d'observer que ce rapport se fonde uniquement sur les allégations du patient durant la consultation, ce que la médecin susmentionnée note précisément en bas de la première page de son rapport, et qu'elle n'a pas eu connaissance des imageries cérébrales, ni du compte-rendu détaillé relatif aux scores obtenus lors des épreuves cognitives effectuées à la M._____. Du reste, à l'instar de ce qu'a retenu la Dre B._____ dans son appréciation du 17 avril 2023, la Dre N._____ ne s'est pas prononcée sur les nombreuses discordances du bilan

neuropsychologique et elle n'a pas procédé à la validation des symptômes, comme l'a fait la neuropsychologue de la M._____. Dans ces conditions et en l'absence de connaissance de l'entier du dossier, l'avis de la neurologue ne saurait mettre en doute celui étayé et convaincant de la médecin d'arrondissement.

Dans le cadre de ses écritures, le recourant a également fait parvenir de nouveaux rapports établis par la Dre N._____. Le diagnostic posé par cette médecin dans son rapport du 15 juin 2023 est celui de troubles cognitivo-comportementaux majeurs dans les suites d'un TCC léger en novembre 2021 sans lésion parenchymateuse cérébrale sur l'IRM cérébrale. Aux termes de sa demande établie le 10 octobre 2023 d'effectuer un bilan d'orthopédie et une rééducation, la neurologue a indiqué que son patient souffrait d'une lenteur oculomotrice post-traumatique crânien accompagnée de troubles cognitivo-comportementaux et thymiques, étant précisé que l'IRM était normale. Enfin, dans son rapport du 12 octobre 2023 de demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées, elle a fait état de troubles cognitifs post-traumatiques avec ralentissement psychomoteur et troubles thymiques dépressifs, ainsi que d'un syndrome douloureux post-traumatique en 2021. L'utilisation du terme « post-traumatique » dans le langage médical n'est toutefois pas forcément synonyme d'une atteinte en rapport de causalité avec un traumatisme. Cette expression est aussi souvent utilisée pour décrire une chronologie d'événements, c'est-à-dire qu'une atteinte est constatée après un traumatisme. Dans ce contexte, il convient d'examiner dans chaque cas d'espèce le sens à donner au terme « post-traumatique » (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.5 ; 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.3 et les références citées). En l'occurrence, la Dre N._____ ne précise pas si elle fait état, par cette formulation, ainsi que par la formulation « dans les suites d'un TCC léger », d'un rapport de causalité avec l'accident ou si elle indique simplement que les atteintes constatées sont apparues postérieurement à cet événement. Quoi qu'il en soit, elle ne motive pas les raisons pour lesquelles elle constaterait un éventuel rapport de causalité. On relèvera au demeurant que le rapport du 15 juin 2023 indique que la clinique du

[...] a refusé de prendre en charge le recourant puisqu'il ne s'agissait que d'un TCC léger, sans lésion à l'imagerie, ce qui corrobore les avis des médecins de la M._____ et de la Dre B._____, selon lesquels les atteintes neuropsychologiques ne sont pas d'origine somatique mais psychiatrique. A cela s'ajoute que le rapport du 10 octobre 2023 de la Dre N._____ ne se positionne pas sur l'origine des troubles cognitifs majeurs diffus avec un ralentissement au premier plan, mais indique qu'elle constate des troubles moteurs à composante extrapyramidal iatrogène, c'est-à-dire due à un médicament. Partant, l'analyse de cette médecin ne permet pas de retenir l'existence d'un lien de causalité entre les troubles neurologiques rapportés et l'évènement du 4 novembre 2021.

dd) Les autres pièces produites par le recourant en procédure (rapport du 16 juin 2023 de l'orthophoniste, convocation du Centre [...] pour une scintigraphie cérébrale prévue le 17 janvier 2024, bilan orthoptique du 19 décembre 2023 et cartes « mobilité inclusion ») ne permettent pas de juger de la question litigieuse. De même, le fait que le recourant s'estime toujours incapable de travailler et ait déposé une demande auprès de l'OAI afin de percevoir une rente d'invalidité n'est pas pertinent pour juger du droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents.

c) Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que l'appréciation de la Dre B._____ repose sur des constatations objectives, tient compte de l'ensemble des éléments pertinents au dossier, y compris des pièces produites par l'assuré postérieurement à l'appréciation du 23 juin 2022, et a fait l'objet d'une analyse détaillée. Elle revêt dès lors une pleine valeur probante, de sorte que l'intimée était légitimée à se fonder sur celle-ci pour retenir que les troubles somatiques de l'assuré ne présentaient plus de lien de causalité adéquate avec l'accident à compter du 25 mai 2022.

7. Il convient à présent d'examiner si les troubles psychiatriques présentés par l'assuré sont en lien de causalité adéquate avec l'évènement du 4 novembre 2021.

a) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6 ; 403 consid. 5). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.2.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_816/2021 précité consid. 3.3 et les références). En présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2).

b) L'accident du 4 novembre 2021 doit, compte tenu de son déroulement, être qualifié de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. L'on rappelle que l'assuré est tombé d'une échelle d'une hauteur d'environ un mètre cinquante et que le choc a provoqué une perte de connaissance et un TCC léger. Il ne s'agit donc pas d'un évènement à haute énergie. A titre de comparaison, la jurisprudence de la présente Cour a retenu qu'une chute d'un mètre cinquante (glissade le long d'un mur) sans mise en danger ni lésion à un organe vital devait être considéré comme un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité (CASSO AA 18/21 - 103/2021 du 28 septembre 2021). Le Tribunal fédéral a admis un cas de gravité moyenne au sens strict lorsqu'un assuré a chuté de 3 à 4 mètres sur un chantier et qu'il a ensuite glissé quelques mètres plus bas le long d'un mur en construction, alors que plusieurs planches de coffrage lui sont tombées dessus (arrêt TF 8C_657/2013 du 3 juillet 2014).

Cela signifie qu'un cumul de nombreux critères sur les sept ou que certains des critères se manifestent avec une intensité particulière est

nécessaire pour qu'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique (cf. consid. 7a *supra*).

aa) S'agissant du critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la raison pour laquelle la jurisprudence a adopté ce critère repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (TF 8C_600/2020 du 5 mai 2021 consid. 4.2.3 et la référence citée).

En l'occurrence, ce critère n'est pas réalisé, l'accident n'ayant pas revêtu de caractère particulièrement dramatique ou impressionnant, ce d'autant plus que l'assuré ne garde aucun souvenir de son déroulement. En outre, le fait d'avoir présenté d'importants tremblements des jambes lorsqu'il a repris connaissance à l'hôpital n'est pas suffisamment impressionnant pour admettre ce critère.

bb) Pour être retenu, le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante ; TF 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références).

En l'espèce, les lésions physiques consécutives à l'accident se limitant à un TCC léger étaient de faible gravité.

cc) En ce qui concerne le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; il faut également prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (ATF 148 V 138 consid. 5.3.1 et les références).

En l'occurrence, le recourant n'a subi aucune intervention chirurgicale, singulièrement aucune prise en charge médicale de longue durée en milieu hospitalier. Le traitement médical appliqué au recourant a tout au plus consisté en des mesures conservatrices, sous la forme de prise de médicaments antalgiques et de séances de physiothérapie et de kinésithérapie. En ce sens, il convient de nier que la circonstance de la longue durée du traitement médical soit remplie.

dd) S'agissant du critère des douleurs physiques persistantes, il y a lieu de préciser qu'il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (cf. 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).

Dans le cas d'espèce, l'assuré s'est plaint de céphalées, de cervicalgies et de douleurs rachidiennes persistantes. Bien que celles-ci ne paraissent pas particulièrement intenses, l'on pourrait à la rigueur admettre que ce critère est réalisé.

ee) Concernant les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, il n'y a pas lieu d'admettre ce critère, faute d'évocation d'éléments au dossier

suscitant un doute quant au caractère adéquat de la prise en charge du recourant.

ff) S'agissant des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, il doit exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière (TF 8C_613/2019 du 17 septembre 2020 consid. 6.4.3 ; TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.5 et les références citées). L'échec de certains traitements isolés et la persistance de certains troubles ne sont donc pas suffisants pour admettre des difficultés lors du processus de guérison (TF 8C_400/2020 du 14 avril 2021 consid. 4.4).

En l'occurrence, il n'y a pas d'indice au dossier permettant de retenir que le recourant aurait été confrontée à des complications particulières lors de son traitement.

gg) Quant au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques en relation de causalité avec l'accident, il y a lieu de constater que cette dernière n'a pas été particulièrement longue, dès lors qu'elle n'a duré que du 4 novembre 2021 au 25 mai 2022, selon l'avis probant de la médecin d'arrondissement.

c) Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que les troubles psychiques développés par le recourant ne se trouvent pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 4 novembre 2021, seul l'un des critères jurisprudentiels susmentionnés étant réalisé. Cela signifie que l'assureur-accidents n'a pas à prendre en charge les conséquences d'une telle atteinte.

8. Enfin, le recourant conclut à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

C'est toutefois le lieu de rappeler que la décision sur opposition du 20 avril 2023 ne se prononce pas sur la question de

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

Même à admettre sa recevabilité, il faudrait malgré tout la rejeter. En effet, force est de rappeler que les atteintes psychiques du recourant ne se trouvent pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 4 novembre 2021, si bien qu'elles ne peuvent ouvrir le droit à aucune prestation d'assurance, et que la Dre B. _____ - dont les conclusions ont été jugées pleinement probantes - a estimé que l'assuré ne présentait aucune séquelle somatique en lien avec l'accident (cf. appréciation du 17 avril 2023 p. 8).

Partant, sur ce plan également, le recourant ne peut être suivi.

9. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de procéder à une expertise judiciaire, telle que requise par le recourant dans sa réplique du 15 septembre 2023. Une telle mesure ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée 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).

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 20 avril 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Ghita Dinsfriend-Djedidi (pour K. _____),
- 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 :