COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 octobre 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente

Mme Livet, juge, et Mme Boesch, assesseure

Greffière : Mme Lopez

*****

Cause pendante entre :

A._____, à B***, recourant, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

_____

Art. 6 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, travaille comme installateur sanitaire pour le compte de F._____, société dont il est l'unique associé gérant depuis sa création le 1er janvier 2012. A ce titre, il est 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).

Le 6 juin 2022, l'assuré est tombé d'une échelle.

Le jour-même, il a consulté le service des urgences du Centre hospitalier de J***, en signalant une perte de connaissance de quinze secondes, ainsi que des céphalées à gauche et des nausées, sans vomissements. Il s'est plaint également de douleurs à l'épaule gauche et à la main droite. Dans un rapport du 7 juin 2022, le Dr K._____, médecin adjoint au service des urgences, a observé un score de Glasgow de 15/15 et l'absence d'anomalies à l'examen neurologique. Le scanner réalisé sur l'assuré n'avait pas non plus révélé de lésion traumatique cérébrale, cervicale ou thoracoabdominale. Une radiographie du poignet droit avait également été faite sans permettre de visualiser une fracture. Le Dr K._____ a posé le diagnostic de commotion cérébrale, de traumatisme de l'épaule gauche afracturaire avec diagnostic différentiel de lésion de la coiffe des rotateurs et de traumatisme du poignet gauche [recte : droit] avec possible fracture du scaphoïde. L'assuré est resté en observation 24 heures et a pu rentrer chez lui le lendemain après s'être vu prescrire des antidouleurs et un arrêt de travail. Il lui a en outre été recommandé de se soumettre un contrôle clinique à une semaine pour le traumatisme cranio-cérébral (TCC) qualifié de mineur, ainsi qu'un examen orthopédique à dix jours pour son épaule et son poignet.

Le 15 juin 2022, sur la base d'un scanner cérébral réalisé le jour-même, le Dr M._____, spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence d'hématome intracrânien.

Le 27 juin 2022, l'assuré a consulté le Centre I._____ pour son épaule gauche. Dans le rapport relatif à cette consultation, le Dr P._____ a mentionné qu'une IRM réalisée le 21 juin 2022 objectivait une fracture non-déplacée de l'acromion pour laquelle un traitement conservateur avait été prescrit.

Le 28 juin 2022, l'assuré a consulté le Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) pour sa main droite. Dans le rapport relatif à cette consultation, la Dre WW._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'un scanner de la main droite réalisé le 21 juin 2022 avait révélé une fracture intra-articulaire de la base de M2 avec bascule du fragment radial, qui avait donné lieu à la prescription du port d'une attelle.

Dans le courant du mois d'août 2022, l'assuré a repris progressivement le travail.

Selon un rapport du 6 octobre 2022 du Centre I._____, l'évolution de l'épaule gauche a été favorable, avec une bonne consolidation, sans dommage persistant, et une reprise de travail à 100 % était possible dès le 10 octobre 2022.

Dans un rapport relatif à une consultation du 24 octobre 2022 au CHUV, il était observé que l'assuré travaillait alors au taux de 80 % et était réticent à reprendre le travail à plein temps, malgré une récupération totale de la force et des douleurs évaluées à 2 sur 10 à l'échelle EVA.

L'assuré a repris son travail à 100 % à compter du 5 décembre 2022 (cf. notice d'un entretien téléphonique du 12 janvier 2023 entre l'assuré et la CNA).

Le 28 février 2023, l'assuré a consulté le Dr Q._____, spécialiste en neurologie. Dans le rapport du même jour, ce spécialiste a indiqué que depuis l'accident du 6 juin 2022, l'assuré gardait une légère gêne cognitive à la rétention d'informations nouvelles et en situation de concentration prolongée. Le status neurologique était sans particularité ; il

n’y avait notamment pas de ralentissement cognitif ou déficit neuropsychologique focal franc. Selon le Dr Q._____, le trouble de l’équilibre transitoire sur 72 heures présenté par l’assuré initialement pouvait avoir été la conséquence d’un ébranlement vestibulaire ou d’une cupulolithiase post-traumatique. Les troubles attentionnels et de la concentration prolongée pouvaient être mis sur le compte du traumatisme craniocérébral et étaient à même de s’atténuer encore sur les mois à venir. Le Dr Q._____ a retenu le diagnostic de traumatisme craniocérébral simple, avec amnésie circonstancielle et perte de connaissance de moins de 1 minute, sans amnésie antérograde, et avec des troubles de l’équilibre transitoires. En présence d’un sommeil perturbé, avec de fréquents réveils nocturnes et des troubles de l’endormissement, il recommandait d’investiguer un syndrome d’apnées-hypopnées du sommeil.

Dans un rapport d’IRM cérébrale du 15 février 2024, le Dr R._____, radiologue, a mis en évidence une atrophie fronto-pariétale marquée pour l'âge du patient.

Le 24 février 2024, la Dre S._____, spécialiste en chirurgie de la main, a indiqué qu’à la suite de la fracture déplacée intra-articulaire du 2e métacarpien, l’assuré présentait une douleur résiduelle permanente avec perte de force dues au cal vicieux. Aucun traitement n’était envisagé à la date de son rapport mais un développement défavorable à distance, sous la forme d’une arthrose carpo-métacarpienne, n’était pas exclue.

Dans un rapport d’examen neuropsychologique du 11 mars 2024, la psychologue E._____ a mis en évidence des troubles attentionnels, un manque du mot en langage testé et un fléchissement exécutif, précisant que la symptomatologie correspondait à un trouble neuropsychologique de degré de gravité léger.

Le 13 mars 2024, l’assuré a été revu par le Dr Q._____ qui a confirmé le diagnostic de TCC simple posé précédemment et retenu également un syndrome d’apnées-hypopnées obstructives du sommeil de degré modéré selon une polygraphie réalisée le 10 novembre 2023. Le Dr

Q._____ a ajouté que le bilan neuropsychologique mettait en évidence une fatigue attentionnelle, des troubles attentionnels (difficultés d'attention divisée et soutenue), un manque du mot en langage testé ainsi qu'un fléchissement exécutif, à même d'expliquer la gêne ressentie par le patient dans son quotidien. Ces troubles pouvaient être la conséquence du traumatisme craniocérébral simple, renforcés par le syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil, bien que la persistance des troubles cognitifs une année et demie après le traumatisme craniocérébral interrogeait. Il a ajouté que l'IRM cérébrale du 15 février 2024 n'apportait pas d'indice en faveur d'une lésion focale cérébrale. Il était en revanche constaté une légère atrophie à prédominance pariétale gauche, de nature indéterminée, éventuellement congénitale. Le Dr Q._____ a émis des doutes concernant l'étiologie des troubles cognitifs.

Selon un procès-verbal d'un entretien du 14 mars 2024 intervenu sur le lieu de l'accident en présence d'un collaborateur de la CNA, l'assuré a précisé qu'il était tombé d'une hauteur de 2,20 mètres lorsqu'il avait glissé de l'échelle le 6 juin 2022.

Dans un rapport du 10 mai 2024, le Dr T._____, spécialiste en neurologie et médecin adjoint au V._____, a posé le diagnostic de syndrome post-commotionnel prolongé ou persistant dont le déclencheur avait été l'événement traumatique survenu en juin 2022. Il a ajouté qu'avec le temps, la persistance des symptômes était nécessairement multidimensionnelle et on pouvait y associer une composante fonctionnelle, le Dr T._____ mentionnant des facteurs de stress en lien avec l'impression de l'assuré de ne pas avoir été entendu initialement dans ses plaintes.

Le dossier a été soumis à la Prof. W._____, spécialiste en neurochirurgie et médecin conseil de la CNA, qui a fait une appréciation médicale le 9 juillet 2024 pour le volet neuropsychologique. Au vu de l'absence de lésion structurelle bilantée par trois examens cérébraux et de l'événement initial qualifié de commotion, elle était d'avis que la persistance des plaintes, à deux ans de l'événement en question, ne pouvait plus s'expliquer par ce dernier.

Sur le plan somatique, le Dr X._____, médecin praticien et médecin conseil de la CNA, s'est lui aussi déterminé sur le dossier, après avoir procédé à un examen de l'assuré. Il a estimé qu'il n'y avait pas lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé et que la situation était stabilisée. Sur le plan subjectif, il persistait une douleur à la base du 2e métacarpien droit avec quelques douleurs scapulaires. Sur le plan objectif, il observait une très discrète raideur du 2e rayon de la main droite avec une légère diminution de la force aux mesures dynamométriques. Il a retenu des limitations fonctionnelles en lien avec la main droite, à savoir les mouvements nécessitant une préhension en force et les mouvements fins réguliers et répétés ainsi que prolongés de la main. Il a ajouté que l'exigibilité en tant qu'installateur sanitaire telle qu'exercée au moment des faits n'était plus donnée à l'identique et a retenu une baisse de rendement qu'il a évaluée à 15 %. En ce qui concerne les traitements futurs, il a évoqué la poursuite de l'antalgie à la demande sur le mois à venir et la finalisation des séances de physiothérapie prescrites. Il était d'avis que les séquelles de l'assuré n'atteignaient pas le seuil indemnisable selon les tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité éditées par la CNA.

Le 16 juillet 2024, la CNA a écrit à l'assuré qu'elle mettait fin aux prestations avec effet au 31 juillet 2024, étant donné qu'une amélioration notable de son état de santé n'était plus attendue. Elle continuait toutefois à prendre en charge le traitement antalgique à la demande jusqu'à la fin du mois d'août 2024 et la fin des séances de physiothérapie prescrites jusqu'alors. Elle a ajouté qu'elle allait examiner son droit à d'autres prestations de l'assurance-accidents.

Le 24 juillet 2024, l'assuré s'est opposé à la fin des prestations.

Par décision du 16 août 2024, la CNA a refusé d'octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après également : IPAI).

Le 4 septembre 2024, l'assuré s'est opposé à cette décision, en invoquant la persistance de douleurs à l'épaule gauche et à la main droite,

avec une diminution de force, ainsi que des problèmes de mémoire et de concentration.

Au stade de l'opposition, il a produit un rapport du 10 novembre 2024 du Dr Y._____, médecin traitant, mentionnant une atteinte sévère à son intégrité physique et psychique. Le Dr Y._____ a précisé que son patient souffrait de douleurs post-fracture à la main droite et à l'épaule gauche, ainsi que des troubles neuropsychologiques en lien avec le traumatisme crânien, alors qu'il ne présentait aucun trouble cognitif cliniquement significatif avant l'accident.

L'assuré a également adressé à la CNA un rapport du 3 décembre 2024 de la Dre O._____ et du Dr Z._____, respectivement cheffe de clinique et médecin associé au service universitaire de neuroréhabilitation du CHUV, observant que le dernier bilan neuropsychologique, réalisé le 28 novembre 2024, mettait en évidence un trouble cognitif de gravité moyenne. Selon eux, le tableau clinique avec la prédominance de troubles attentionnels, de mémoire de travail et de troubles exécutifs, ainsi que la cinétique d'apparition des troubles, étaient compatibles avec un syndrome post-commotionnel. Ils ont ajouté que l'IRM cérébrale avait mis en évidence une légère atrophie corticale postérieure dont la valeur pathologique n'était pas certaine. En outre, le tableau cognitif était non évolutif et donc peu concordant avec une pathologie neurodégénérative. L'exploration des fonctions cérébrales postérieures (régions occipitales) lors du bilan neuropsychologique ne révélait pas de dysfonctionnement de ces régions. Cette atrophie pouvait donc correspondre à une simple variation morphologique sans valeur pathologique. Néanmoins, elle justifiait une surveillance. Sur le plan thérapeutique, ils proposaient des séances d'entraînement perceptivo-cognitif. L'assuré avait été mis en arrêt de travail à 80 % dès le 26 novembre 2024 (cf. certificats d'incapacité de travail du service universitaire de neuroréhabilitation du CHUV des 26 novembre 2024, 6 février, 4 avril et 7 mai 2025).

Dans un rapport d'IRM cérébrale du 20 février 2025, le Dr BB._____, spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence de modification significative par rapport au précédent contrôle.

Le 16 avril 2025, le Dr X._____ a confirmé son appréciation précédente, en précisant, concernant les séquelles sur les plans somatique et ostéo-articulaire, qu'il subsistait une très discrète raideur du 2e rayon de la main droite avec une légère diminution de force, ce qui l'avait conduit à se référer à la table n° 5 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité pour les atteintes résultant d'arthroses, qui prévoit un taux d'atteinte de 0 % pour les arthroses des doigts, qu'elle soit moyenne ou grave.

Le 28 mai 2025, se déterminant à nouveau sur le dossier, la Prof. W._____ a rappelé que le TCC avait été qualifié de léger, que les imageries n'avaient pas mis en évidence d'anomalies imputables au traumatisme et que l'examen neurologique effectué par le Dr Q._____ avait été décrit comme normal, avant de conclure que la persistance des plaintes cognitives ne pouvait pas s'expliquer par l'événement traumatique au-delà d'une période de 4 à 8 mois.

Par décision sur opposition du 17 juin 2025, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a retenu que sur le plan orthopédique, l'état de santé ne pouvait pas être amélioré par une mesure médicale et que les séquelles n'atteignaient pas le seuil indemnisable selon les tables d'indemnisation. Sur le plan neurologique, les troubles de l'assuré n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement du 6 juin 2022.

B. Par acte du 19 août 2025, désormais représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, A._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, sollicitant la mise en œuvre d'une expertise neurologique à titre de réquisition de preuve. Sur le fond, il a conclu, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et au renvoi du dossier à la CNA pour versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et subsidiairement pour mise en œuvre

d’une expertise neurologique. Se prévalant d’un rapport du 25 juillet 2025 du Dr Q._____ et d’un rapport du 11 août 2025 du Dr Y._____, qu’il a produits avec son recours, il a soutenu que ses troubles cognitifs, qui n’étaient pas résorbés, étaient en lien de causalité avec l’accident de juin 2022. Par ailleurs, au vu de l’avis des médecins précités, il existait un doute sur la validité des constatations de la Prof. W._____, de sorte que des investigations complémentaires étaient nécessaires.

Dans le rapport du 25 juillet 2025 précité, le Dr Q._____ a mentionné que lors de la dernière consultation du 13 avril 2024, l’assuré rapportait la persistance d’une gêne cognitive au quotidien, en termes de concentration et de rétention mnésique, ainsi que la persistance d’une sensation de pression crânienne frontale récurrente. Selon lui, il existait très probablement un lien de causalité entre ces symptômes et l’accident « tout au moins partiel, possible à vraisemblable, mais non certain ». Plus de deux ans après le traumatisme craniocérébral, la situation pouvait être considérée comme stabilisée concernant les suites de l’accident. Comme facteurs étrangers à l’événement accidentel qui pouvaient jouer un rôle dans la persistance des troubles, il a mentionné l’altération de la qualité du sommeil et éventuellement des facteurs thymiques.

Dans le rapport précité du 11 août 2025, le Dr Y._____ a indiqué qu’il y avait clairement un lien de causalité entre l’accident et les troubles développés par le recourant, en relevant l’absence de preuve clinique ou paraclinique de troubles cognitifs préexistant à l’événement accidentel. Par ailleurs, aucun facteur étranger contribuait aux troubles, le syndrome d’apnées-hypopnées du sommeil ne nécessitant plus de traitement et les troubles thymiques présentés initialement s’étant améliorés et ne contribuant dorénavant plus aux troubles persistants. Il a rappelé que le recourant était en incapacité de travail à 80 % depuis le 26 novembre 2024 et que l’évolution de la capacité de travail dépendrait de la suite du traitement en cours auprès du service universitaire de neuroréhabilitation du CHUV. En se basant sur la table 8 d’indemnisation des atteintes à l’intégrité pour les complications psychiques de lésions

cérébrales, il estimait que le recourant présentait une atteinte moyenne à grave qui justifiait l'octroi d'une « rente IPAI ».

L'intimée a conclu au rejet du recours dans sa réponse du 26 août 2025.

Dans sa réplique du 16 décembre 2025, le recourant a confirmé ses conclusions et pris une nouvelle conclusion subsidiaire tendant au renvoi du dossier à la CNA pour nouvelle décision sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité dès la stabilisation de son état de santé. Se prévalant de deux rapports du Dr Z._____ du 14 octobre 2025 qu'il a joints à son écriture, il a fait valoir que ses atteintes à la santé justifiaient l'octroi d'une IPAI.

L'intimée a maintenu sa position par duplique du 22 janvier 2026.

Le 27 avril 2026, le recourant a signalé qu'une expertise pluridisciplinaire avait été confiée au BC._____ par BD._____ et a requis, à titre de mesures d'instruction complémentaire, la production du rapport d'expertise par ce centre et subsidiairement l'octroi d'un délai pour pouvoir se procurer l'expertise et la produire dans le cadre de la présente procédure.

Sur requête de la juge instructrice, il a produit le 8 mai 2026 la liste des questions soumises aux experts.

Le 24 septembre 2026, le recourant a produit un rapport du 11 septembre 2026 du Prof. BF._____ et de la Dre O._____, respectivement chef de service et cheffe de clinique au service universitaire de neuroréhabilitation du CHUV, mentionnant la persistance d'une fatigue cognitive sévère et de difficultés cognitives entraînant une incapacité de travail de 80 %. Ces médecins ont aussi indiqué qu'une évaluation psychiatrique avait conclu à un trouble de l'adaptation, qui était susceptible de participer au maintien ou à la majoration des certaines difficultés. Ils

étaient d'avis que sur le plan neurologique, le tableau restait compatible avec des séquelles persistantes dans les suites du traumatisme cranio-cérébral du 6 juin 2022, l'existence de facteurs psychologiques associés devant être considérée comme un élément pouvant contribuer à la persistance des symptômes, sans exclure pour autant leur composante post-traumatique.

En droit :

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, le recours a été déposé en temps utile, compte tenu des féries estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

La partie recourante définit, par ses conclusions, l'objet du litige («*Streitgegenstand*») soumis à l'examen du tribunal. Si la décision contestée porte sur un seul rapport juridique ou si elle est attaquée dans son ensemble, l'objet du litige et celui de la contestation se confondent. En revanche, lorsque la décision règle plusieurs rapports juridiques et que le recours ne porte que sur une partie d'entre eux, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans celui du litige (ATF 125 V 413 consid. 2a).

b) En l'espèce, la décision sur opposition attaquée porte sur le refus d'allouer au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité en lien avec ses atteintes à la main droite, à l'épaule gauche et ses troubles cognitifs. Au stade du recours, le recourant ne conteste pas la stabilisation de son état de santé en lien avec ses troubles à la main et à l'épaule, ni le refus du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en lien avec ces deux atteintes somatiques. Dans la mesure où il ne remet en cause que le refus de lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité en lien avec ces troubles cognitifs, le litige porte uniquement sur ce point. A noter que le droit à une rente d'invalidité, sur lequel l'intimée ne s'est pas encore prononcée, n'est pas concerné par la présente procédure et devra faire l'objet d'une décision ultérieure de l'assureur accidents.

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_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). 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_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

En revanche, la jurisprudence soumet l'examen de la causalité adéquate à des règles particulières en cas d'atteinte à la santé sans déficit organique objectivable. A cet égard, 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'examinateur ainsi que des indications données par le patient (ATF 138

V 248 consid. 5.1 ; SVR 2020 UV 25 p. 101 et les références). 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 précité ; TF 8C_558/2023 du 27 novembre 2024 consid. 3.1 et la référence).

Lorsque des symptômes consécutifs à un accident ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 2.1 ; 117 V 359 consid. 6, 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6, 403 consid. 5 ; TF 8C_558/2023 précité consid. 3.2 et les références). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; 134 V 109 consid. 2.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa). En cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'examen se fait en revanche sur la base de critères particuliers n'opérant pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes, lorsque les symptômes attribuables de manière crédible au tableau clinique typique (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.) se trouvent au premier plan (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a) ; toutefois, lorsque les troubles psychiques constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause, 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 excluant les aspects psychiques (ATF 134 V 109 précité consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb).

En cas de traumatisme cranio-cérébral, un certain degré de sévérité de l'atteinte sous forme d'une *contusio cerebri* est 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 traumatisme cranio-cérébral. En revanche, en présence d'un traumatisme cranio-cérébral 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 (TF 8C_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 3.2.3 et les références). Ainsi, un traumatisme cranio-cérébral qui atteint au maximum le degré de sévérité d'une *commotio cerebri* – sans être à la limite d'une *contusio cerebri* – ne suffit en principe pas pour l'examen de la causalité adéquate à la lumière de la jurisprudence développée en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral. A cet égard, il y a lieu de préciser qu'une *contusio cerebri* est une violence focale exercée sur le tissu cérébral, accompagnée de petites hémorragies parenchymateuses ou d'un œdème local. Une *commotio cerebri* est, quant à elle, un état de dysfonctionnement neurologique temporaire et rapidement réversible accompagné d'une perte de conscience de courte durée peu après l'atteinte et, souvent, d'une amnésie concomitante à l'atteinte et/ou antérieure l'atteinte, mais sans anomalies neurologiques (TF 8C_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 4.1 et les références). Pour déterminer si un traumatisme crânien relève tout au plus d'une *commotio cerebri*, il y a lieu de se fonder sur les constatations initialement émises par les médecins sur les plans clinique, d'imagerie et diagnostique (TF 8C_596/2022 du 11 janvier 2023 consid. 4.3.2). Une *commotio cerebri* avec un score de 15 sur l'échelle de Glasgow (GCS) correspond tout au plus à un traumatisme cranio-cérébral léger (TF 8C_688/2016 du 8 août 2017 consid. 4.2 et les références).

d) 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. 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_394/2024 du 7 janvier 2025 consid. 7.2.1 et les références).

e) Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration, ou le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante,

appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). En revanche, savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit (ATF 115 V 403 consid. 4a).

4. **a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

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 ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; 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 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. En l'espèce, se fondant sur l'avis de la Prof. W._____, l'intimée a écarté tout lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles cognitifs persistants au-delà de 4 mois après l'événement accidentel.

Comme l’a observé la médecin conseil, le recourant a subi un traumatisme cranio-cérébral qualifié de léger, ce qui ressort des premières constatations faites par les médecins urgentistes et des observations ultérieures du Dr Q._____, sans que cela ne soit contredit par les autres rapports médicaux et sans qu’aucun élément ne permette de qualifier le TCC de moyen ou sévère. Sur le plan de l’imagerie, la Prof. W._____ a observé l’absence de lésions objectivables imputables à l’accident. Le scanner réalisé en juin 2022 n’a pas montré d’anomalie structurelle particulière et les IRM de février 2024 et de février 2025 n’ont pas mis en évidence d’anomalie vasculaire ou de lésion micro-hémorragique. Quant aux examens neurologiques effectués par le Dr Q._____, ils ont été décrits comme normaux. Se référant ensuite aux lignes directrices relatives à l'évaluation des traumatismes cranio-cérébraux fermés chez l'adulte édictées en 2024 par l’Association allemande des sociétés médicales scientifiques (AWMF) (registre AWMF n° 094/002 ; disponible à l’adresse https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/094-002), la médecin conseil a observé qu’en cas de traumatisme crânien sans preuve d’une lésion cérébrale substantielle, la reconnaissance de séquelles temporaires pouvait être admise, précisant que la persistance des plaintes subjectives pouvait aller jusqu’à 4 à 8 mois dans les cas les plus sévères et les plus longs. Par conséquent, les plaintes persistantes du recourant au-delà de 4 à 8 mois après l’événement traumatique n’étaient pas expliquées non plus selon la littérature médicale.

L’appréciation médicale de la Prof. W._____, qui est dûment motivée, qui repose sur les pièces médicales au dossier, qui se prononce sur les avis des médecins traitants et qui s’appuie sur des éléments objectifs, peut se voir reconnaître pleine valeur probante, étant précisé que les conclusions de la médecin conseil ne sont pas remises en cause par les autres rapports médicaux versés au dossier.

En particulier, les rapports du Dr Q._____ ne font état d’aucun élément objectif permettant d’établir un lien de causalité naturelle entre l’accident et la persistance des troubles cognitifs. D’ailleurs, si dans son rapport du 13 mars 2024, ce médecin admet que les symptômes du

recourant peuvent être la conséquence du traumatisme craniocérébral simple, il s'interroge toutefois sur la persistance des troubles une année et demie après le traumatisme, en observant qu'ils peuvent être influencés par le syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil. Le Dr T._____ évoque lui aussi une composante fonctionnelle, comme des facteurs de stress, pour expliquer la persistance de la symptomatologie. Quant au rapport du 3 décembre 2024 de la Dre O._____ et du Dr Z._____, il ne se prononce pas sur la question de la causalité. Enfin, le Dr Y._____ conclut à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles persistants, mais fonde son appréciation sur l'absence de troubles antérieurs à l'événement accidentel, ce qui est insuffisant pour pouvoir conclure à l'existence d'un lien de causalité naturelle (cf. consid. 3b ci-dessus sur le raisonnement *post hoc ergo propter hoc*).

Les pièces médicales produites au stade du recours ne permettent pas d'apprécier la situation différemment. Dans son rapport du 11 août 2025, le Dr Y._____ continue à admettre un lien de causalité au seul motif que les troubles cognitifs sont apparus après l'accident. Le rapport du 25 juillet 2025 du Dr Q._____ reprend les observations faites dans ses précédents rapports, y compris sur les facteurs étrangers à l'accident pouvant jouer un rôle, et ne contient aucun argument objectif et étayé permettant de conclure à l'existence d'un lien de causalité qu'il considère comme étant « possible à vraisemblable », ce qui est insuffisant pour conclure à l'existence d'un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. Les rapports du 14 octobre 2025 du Dr Z._____ ne se prononcent pas sur la question de la causalité. Enfin, le dernier rapport produit du Prof. BF._____ et de la Dre O._____ du 11 septembre 2026 met lui aussi en évidence l'incidence de facteurs psychologiques sur la persistance de la symptomatologie du recourant et ne comporte pas de conclusions claires et motivées sur la problématique du lien de causalité. En effet, ces médecins évoquent simplement une « composante post-traumatique » et un tableau « compatible avec des séquelles persistantes dans les suites du traumatisme crânio-cérébral du 06.06.2026 » sans plus amples développements, étant rappelé que l'utilisation du terme « post-traumatique » dans le langage médical n'est

pas forcément synonyme d'une atteinte en rapport de causalité avec un traumatisme et que cette expression est aussi souvent utilisée pour décrire une chronologie d'événements, c'est-à-dire qu'une atteinte est survenue après un traumatisme (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.5 et les références citées).

Il convient encore de préciser que le fait que la Prof. W._____ se soit prononcée uniquement sur dossier ne suffit pas à mettre en doute la force probante de son appréciation dans la mesure où elle a examiné l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, qui elles se fondent sur un examen personnel de l'assuré (TF 8C_712/2021 du 10 août 2022 consid. 3.3.2 ; TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et les références).

Au vu de ce qui précède, le lien de causalité naturelle entre l'accident et la persistance des troubles deux ans après l'événement accidentel n'est pas rendue vraisemblable, de sorte que l'intimée était fondée à nier le droit à une IPAI pour les troubles cognitifs persistants. A noter que même dans l'hypothèse où la causalité naturelle était donnée, le droit à une IPAI ne serait tout de même pas ouvert, dans la mesure où le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles cognitifs fait également défaut, comme il sera examiné ci-dessous.

6. **a)** Sur la base des résultats cliniques (notamment brève perte de connaissance de moins d'une minute, amnésie circonstancielle, score de 15 sur l'échelle de Glasgow et absence d'anomalies neurologiques), radiologiques (scanner et IRM avec des résultats dans la norme) et des conclusions diagnostiques ressortant du dossier, il ne fait aucun doute que le recourant a subi un traumatisme cranio-cérébral léger, étant précisé que la qualification de TCC mineure est admise par tous les médecins. Dans ces circonstances, l'existence du lien de causalité adéquate doit être examinée à l'aune des critères applicables en cas de troubles psychiques.

b) aa) Pour ce faire, il convient tout d'abord de classer l'accident dans l'une des trois catégories, en fonction de son déroulement :

les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. La gravité doit être appréciée d'un point de vue objectif, en se fondant sur l'événement accidentel lui-même, sans s'attacher à la manière dont la personne assurée a ressenti et assumé le choc traumatique, étant à cet égard rappelé que seules sont déterminantes les forces générées par cet accident et non pas les conséquences qui en résultent (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.2.1 et les références citées). D'après la casuistique ressortant de la jurisprudence en matière de chutes d'une certaine hauteur, ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre 5 et 8 mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (TF 8C_427/2022 du 28 février 2023 consid. 6.2.3 ; 8C_663/2019 du 9 juin 2020 consid. 4.3.2 ; 8C_463/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.2.2 et les références). Le Tribunal fédéral a admis de qualifier d'accident de gravité moyenne *stricto sensu* une chute d'une hauteur d'environ 3 mètres (TF 8C_418/2022 du 1er mars 2022 consid. 4.4). Quant à un accident consistant en une chute de deux mètres dans un escalier, il correspond plutôt à un accident de gravité moyenne, à la limite d'un accident de peu de gravité (TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 6.7). En l'espèce, avec une chute d'un peu plus de deux mètres de hauteur dans le vide, il convient de classer l'accident dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu*. Dans cette éventualité, il faut un cumul de trois critères sur les sept dégagés par la jurisprudence, ou que l'un des critères se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour admettre le lien de causalité adéquate.

bb) D'un point de vue objectif, on ne saurait conférer un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant à l'accident dont le recourant a été victime, étant rappelé que le prénommé est tombé d'une échelle depuis une hauteur d'environ 2,20 mètres.

cc) 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 oeil ou certains cas de mutilations à la main dominante; cf. TF 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références ; 8C_114/2021 du 14 juillet 2021 consid. 3.2). En l'espèce, ce critère n'est pas rempli, le recourant ayant subi des lésions physiques sans gravité résultant des deux fractures à l'épaule gauche et à la main droite qui ont connu une récupération relativement rapide avec de simples traitements conservateurs.

dd) Pour l'appréciation du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à 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 (TF 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.1 et les références). En l'espèce, le recourant n'a pas subi de traitement médical intense et pénible, en particulier aucune intervention chirurgicale. Le traitement médical a consisté essentiellement en des mesures conservatrices, sous la forme de prise de médicaments antalgiques et de physiothérapie, qui ne remplissent pas le critère d'intensité requise par la jurisprudence.

ee) En ce qui concerne le critère de l'intensité des douleurs, seuls les troubles importants qui persistent sans interruption notable entre l'accident et la clôture du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA sont à prendre en considération. L'intensité est évaluée au regard de la crédibilité des douleurs et de la gêne que la personne assurée subit dans la vie quotidienne en raison de ces troubles (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C_41/2024 du 5 août 2025 consid. 10.8.1). En l'espèce, le recourant s'est plaint de légers troubles cognitifs et de mémoire depuis l'accident, de sorte que le caractère intense et persistant - sans interruption notable - de ces troubles doit être nié.

ff) Il n'apparaît pas non plus que les critères relatifs aux erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident et celui relatif aux difficultés apparues au cours de la guérison et complications importantes soient remplis.

gg) Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (TF 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2 ; 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 5.3). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité de travail totale de près de trois ans (TF 8C_311/2025 du 4 novembre 2025 consid. 6.2.4 ; 8C_356/2025 du 17 décembre 2025 consid. 4.2.3). En l'espèce, le recourant a pu reprendre son travail après cinq mois et dispose toujours d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, les dernières incapacités de travail ayant été attestées en raison des atteintes cognitives.

hh) Il découle de ce qui précède que les critères pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles cognitifs du recourant ne sont pas remplis.

7. En conclusion, le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 6 juin 2022 et la persistance des troubles cognitifs deux ans après l'accident n'est pas rendue vraisemblable, de sorte que l'intimée était fondée à mettre fin aux prestations et à refuser d'allouer une IPAI pour ces troubles.

8. Les éléments au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. Par ailleurs, dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents et que lien de causalité adéquate doit

de toute manière être nié en l'espèce, les mesures d'instructions sollicitées par le recourant, qui visent à instruire la question du lien de causalité naturelle, ne sont pas utiles pour l'issue du litige. La requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise neurologique et à la production de l'expertise du BC._____ doit par conséquent être rejetée (appréciation anticipée des preuves [ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1]).

9. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

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

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 17 juin 2025 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 :

- CAP Compagnie d’Assurance de Protection Juridique SA (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 :