

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juillet 2026

Composition : M. WIEDLER, président
M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Lopez

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à C***, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 et 36 al. 1 LAA

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, travaillait comme chef d'équipe construction pour le compte de la société A._____ SA depuis le 4 avril 2022. A ce titre, il était 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 octobre 2022, à son domicile, l'assuré a glissé d'un escabeau et est tombé d'une hauteur d'environ un mètre.

Le jour même, il a consulté le service des urgences du Centre hospitalier de G***. Dans un rapport du 6 octobre 2022, la Dre J._____, médecin assistante au sein de ce service, a mentionné que l'assuré, qui était connu pour un syndrome lympho-prolifératif, signalait avoir fait une chute avec réception sur l'occiput, perte de connaissance d'environ trente secondes, nausée et amnésie circonstancielle rétrograde et antérograde. A l'examen clinique, il était notamment observé une plaie occipitale de 2 cm sans fracture embarrure à la palpation ainsi que des douleurs à la palpation de la vertèbre C3. Le scanner réalisé sur l'assuré n'avait pas révélé de lésion post-traumatique ; il n'y avait notamment pas de saignement intracrânien ni de fracture du crâne, du massif facial ou du rachis cervical. Le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC) mineur a été posé. La plaie a été traitée avec six points de suture et l'assuré a pu rentrer chez lui le jour même après s'être vu prescrire des antidouleurs et un arrêt de travail de cinq jours.

Le 7 octobre 2022, l'employeur a annoncé ce sinistre à la CNA, qui l'a pris en charge.

Dans un rapport d'IRM de l'encéphale réalisée le 28 octobre 2022, le Dr K._____, spécialiste en radiologie, a observé que l'imagerie était normale.

Dans un rapport d'échographie du 29 octobre 2022, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a observé un gros hématome au niveau de la région lombaire basse gauche.

Dans un rapport d'IRM du 21 novembre 2022, le Dr K._____ a mentionné, sous la rubrique « indications », des lombosciatalgies gauches présentes depuis six semaines, une fracture du processus transverse L1 et L4 et un hématome lombaire gauche. Sous la rubrique « conclusion », il a indiqué ce qui suit : « Lombodiscarthrose L3-L4 à L5-S1 péjorée d'une protrusion discale canalaire et extra-foraminale L5-S1 gauche sans conflit disco-radiculaire. Masse ganglionnaire rétropéritonéale médian étendue aux axes iliaques et inguinaux des deux côtés - processus lymphomateux ? ».

Un scanner cervico-thoraco-abdominal a été réalisé le 2 décembre 2022 à l'Hôpital M._____ dans le cadre du suivi de l'assuré pour un lymphome. Dans le rapport relatif à cet examen, la Dre N._____, radiologue, et le Dr E._____, médecin assistant, ont pris les conclusions suivantes : « lente progression des adénomégalias cervico-thoraco-abdominales de manière significative depuis octobre 2021 (+32 %) selon les critères de P*** (+4 % depuis janvier 2022) ».

Dans un rapport du 23 décembre 2022, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir été consulté par l'assuré pour des douleurs avec notion de sciatalgie au membre inférieur gauche qui aurait été déclenchée à la suite de la chute du mois d'octobre 2022. L'assuré présentait aussi des douleurs lombaires. Le Dr Q._____ a observé que l'examen clinique restait tout à fait rassurant et que l'IRM réalisée montrait surtout une protrusion discale en L5-S1 postéro-latérale gauche qui venait probablement irriter la racine S1 gauche et entraîner la douleur à type de sciatique évoquée par l'assuré. Pour le Dr Q._____, une option chirurgicale ne semblait pas justifiée. Une infiltration épidurale L5-S1 pour traiter la sciatique ou essayer d'accélérer son évolution positive était envisageable. L'autre option

thérapeutique consistait dans la poursuite du traitement conservateur, avec physiothérapie, repos et médication antalgique. Concernant les douleurs lombaires, une disparition totale de toutes les douleurs ne pouvait pas être garantie, même à terme. Il avait prolongé l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'à mi-avril 2023, date à laquelle une reprise du travail à 50 % était prévue.

Dans un rapport du 24 décembre 2022 à l'attention de la CNA, le Dr L._____ a indiqué que depuis la chute, l'assuré continuait à ressentir des douleurs, surtout à la tête et au bas du dos, malgré une antalgie importante. Il avait par ailleurs développé des troubles mnésiques qui persistaient encore. Au titre de diagnostics, il a retenu des céphalées post-traumatiques, des troubles mnésiques, des lombosciatalgies gauches sur protrusion discale L5-S1, un gros hématome sous-cutané au niveau de la région lombaire basse gauche, une probable fracture du processus transverse L1 à droite et une épistaxis post-traumatique.

Dans un rapport du 2 février 2023, le Dr Q._____ a mentionné avoir vu la veille l'assuré dans le cadre de ses douleurs lombaires consécutives à l'accident du mois d'octobre 2022 et dont l'évolution était peu favorable. Il avait envisagé une reprise du travail à temps partiel qui n'avait pas été possible et l'assuré avait à nouveau été mis en arrêt de travail par son médecin traitant jusqu'à la fin du mois. L'assuré reprendrait son travail au début du mois de mars 2023 si les conditions étaient propices. Le Dr Q._____ a modifié le traitement médicamenteux et était d'avis que l'option d'une infiltration, tant au niveau épidural L5-S1 qu'au niveau des articulations sacro-iliaques, restait envisageable en cas d'évolution défavorable.

Dans un rapport du 23 février 2023, faisant suite à une évaluation interdisciplinaire réalisée à R._____ (ci-après : R._____), le Dr S._____, spécialiste en neurologie, et le Dr T._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, ont notamment observé que l'évolution de l'assuré avait été marquée par des céphalées associées notamment à des troubles de la mémoire, des nausées sporadiques et un

sentiment d'instabilité. L'assuré signalait par ailleurs la persistance de lombalgies s'accompagnant d'une sciatalgie gauche de recrudescence mécanique. Ces médecins ont retenu les diagnostics de TCC léger et de lombosciatalgies gauches après contusion lombaire le 6 octobre 2022. Ils étaient d'avis qu'une évolution favorable était attendue et qu'une reprise progressive du travail était envisageable sur le plan neuropsychologique, au plus tard à six mois du traumatisme, soit à la fin du mois de mars 2023. Un examen neuropsychologique de contrôle était indiqué d'ici trois mois. Une prise en charge spécialisée sur le plan psychique ou neuropsychologique ne s'imposait pas, le recourant pouvant simplement recourir à des stratégies mnésiques externes. Ils ont en outre relevé que la physiothérapie devait être essentiellement orientée sur des mesures actives de rééducation.

Dans un rapport d'examen neuropsychologique du 23 mai 2023, V._____, psychologue avec spécialisation FSP en neuropsychologie au sein de R._____, a indiqué que l'examen pratiqué le jour même mettait en évidence des troubles légers à modérés en mémoire épisodique antérograde verbale, qui s'étaient améliorés en comparaison avec l'évaluation du 15 février 2023, ainsi que des difficultés attentionnelles associées à une fatigabilité, l'ensemble du tableau correspondant à un trouble neuropsychologique léger. Concernant la capacité de travail, la psychologue a observé que l'assuré avait repris le travail à 20 % depuis fin mars 2023 et qu'une augmentation progressive, en respectant la fatigue, pouvait être envisageable sur le plan neuropsychologique.

Dans un certificat médical du 1^{er} mai 2023, le Dr L._____ a indiqué que le travail pouvait être repris à 30 % dès le 1^{er} mai 2023 puis à 100 % dès le 1^{er} juin 2023.

Dans un rapport du 10 septembre 2023 à l'attention de la CNA, le médecin traitant a fait état de la persistance de douleurs au bas du dos avec une légère irradiation du côté gauche pour lesquelles l'assuré faisait de la physiothérapie, de l'ergothérapie et bénéficiait d'un traitement par

anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Il a ajouté que l'assuré exerçait son travail au taux de 30 % depuis plusieurs mois.

Dans une appréciation médicale du 13 novembre 2023, la Prof. F._____, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a conclu qu'à six mois de l'accident du 6 octobre 2022, les atteintes qui persistaient n'avaient plus de lien avec l'accident.

Par décision du 29 décembre 2023, la CNA a mis fin à ses prestations au 31 décembre 2023, estimant que l'état de santé antérieur à l'accident pouvait être considéré comme rétabli depuis le 6 avril 2023 au plus tard.

Par courrier du 17 janvier 2024, complété le 22 mai 2024, l'assuré s'est opposé à cette décision, en faisant valoir en substance que ses problèmes de dos, ses céphalées, ses troubles cognitifs, sa fatigabilité et ses troubles psychiatriques étaient en lien de causalité avec l'accident. A l'appui de son opposition, il a produit un rapport du 25 février 2024 du Dr L._____ signalant la persistance de douleurs au dos, de céphalées, de troubles de la concentration et de l'attention, d'une forte irritabilité et d'une fatigabilité importante. L'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique, en sus du traitement médicamenteux et de la physiothérapie. Le Dr L._____ a précisé que l'assuré n'avait jamais eu ce genre de problèmes auparavant, qu'il n'y avait eu aucun autre facteur déclenchant pouvant favoriser ces atteintes à la santé et qu'elles étaient clairement en lien avec l'accident.

Par décision sur opposition du 19 juin 2024, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 29 décembre 2023.

B. Par acte du 22 août 2024, B._____, représenté par l'avocat Me Olivier Carré, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, en prenant les conclusions suivantes, avec suite de frais et dépens :

I. Admettre le présent recours, à la forme.

- II. *Cela fait, au fond, annuler la décision sur opposition rendue le 19 juin 2024 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) [...].*
- III. *Cela fait, statuant à nouveau, constater que la situation médicale du recourant n'est pas stabilisée et qu'il a droit à des prestations d'indemnités journalières, en invitant la caisse intimée à rendre une nouvelle décision sur lesdites prestations, ainsi qu'à la prise en charge des frais médicaux, dans les deux cas au-delà du 31 décembre 2023.*
- IV. *Subsidiairement à la conclusion III. ci-dessus, ordonner une expertise pluridisciplinaire en vue d'élucider les droits du recourant au-delà du 31 décembre 2023.*
- V. *Dire que les questions d'invalidité et d'atteinte à l'intégrité sont réservées à ce stade, n'étant pas traitées par les décisions entreprises.*

Concernant les troubles lombaires, le recourant a fait valoir qu'un important hématome avait été diagnostiqué dans la région lombaire, qui créait une boule visible et palpable à l'extérieur du corps, et qui était considérée comme post-traumatique par le Dr L._____. Cette atteinte était de nature à provoquer des douleurs dans la jambe gauche, ce qu'il attesterait par des écrits prochainement, le recourant précisant avoir demandé des investigations complémentaires et de nouveaux rapports médicaux. A cet égard, il a reproché à l'intimée de ne pas avoir examiné si ses douleurs persistantes et invalidantes n'étaient pas dues principalement à cet hématome. Concernant les aspects neurologiques, neuropsychologiques et psychiatriques, le dossier était également insuffisamment instruit. Le recourant a notamment relevé qu'il présentait des troubles conformes à ceux caractérisant le syndrome du « coup du lapin » qui n'avaient pas été investigués par l'intimée. Il a ajouté qu'il n'était pas possible d'exclure une atteinte organique quand bien même les médecins n'avaient pas objectivé d'atteintes au niveau cervical. Il s'est aussi prévalu de son suivi psychiatrique qui n'existait pas avant l'accident. Il a également soutenu que son état de santé n'était pas stabilisé et que le pronostic émis par les médecins de R._____ six mois après l'accident avait été prématuré et s'était avéré erroné.

A l'appui de son recours, il a produit un bordereau de pièces comportant notamment un rapport du 19 juillet 2024 de la Dre W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mentionnant que l'assuré était suivi à son cabinet depuis le 1^{er} février 2024. Sur la base des données

anamnestiques et en l'absence d'une pathologie psychiatrique antérieure à l'accident, elle retenait le diagnostic de trouble organique de la personnalité, qui était caractérisé par une altération significative des modes de comportement habituels, la Dre W._____ ajoutant que le tableau clinique comportait également une altération des fonctions cognitives et de la pensée.

Dans sa réponse du 29 octobre 2024, la CNA a conclu au rejet du recours.

Le 19 novembre 2024, le recourant a demandé une prolongation du délai pour déposer une réplique, en faisant valoir que des investigations médicales complémentaires étaient en cours. Il a ajouté que son état de santé s'était compliqué récemment de façon importante en raison d'une leucémie lymphatique chronique qui avait causé l'interruption de la reprise du travail.

Le 13 mars 2025, dans le délai prolongé, le recourant a déposé une réplique dans laquelle il a développé ses moyens et requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire comportant un volet de médecine interne, de psychiatrie, de neurologie et de rhumatologie. Il a produit un bordereau de pièces, contenant notamment les rapports médicaux suivants :

- Un rapport du 13 janvier 2025 de la Dre X._____, médecin à l'Unité d'hématologie de l'Hôpital M._____, mentionnant que le recourant était suivi depuis le 28 mars 2018 pour une hémopathie de type lymphome lymphocytaire et que les symptômes et l'incapacité de travail actuels étaient en relation avec les conséquences du traumatisme crânien survenu en octobre 2022.
- Un rapport du 3 février 2025 du Dr Y._____, spécialiste en neurologie, mentionnant avoir procédé à un bilan détaillé du recourant, notamment sur le plan neurocognitif. Il a observé que sur le plan physique, il y avait uniquement une petite protrusion discale

au niveau S1 gauche susceptible d'irriter les racines et qui n'était pas spécifiquement limitative sur le plan professionnel. Quant à l'examen neuropsychologique réalisé le 22 janvier 2025, il mettait en évidence un tableau correspondant tout au plus à un trouble neurocognitif léger si l'examen devait être considéré comme valide. Le Dr Y._____ a conclu que sur le plan strictement neuropsychologique, l'examen n'objectivait pas de difficulté majeure susceptible de limiter considérablement la capacité fonctionnelle dans les sollicitations professionnelles ou de la vie quotidienne, même complexes, et que l'incapacité de travail à terme ne dépasserait pas 10 à 20 % maximum.

- Un rapport du 7 octobre 2024 de la Dre W._____ confirmant le diagnostic posé dans son précédent rapport.

Dans sa duplique du 3 avril 2025, l'intimée a confirmé ses conclusions.

Le 28 mai 2025, le recourant a déposé une écriture complémentaire et a produit un rapport du 13 mars 2025 de son physiothérapeute.

Dans des déterminations du 21 août 2025, l'intimée a maintenu ses conclusions.

Le 3 novembre 2025, le recourant a déposé des déterminations complémentaires et a produit un rapport du 2 octobre 2025 de la Dre X._____ qui a relevé que l'assuré avait été suivi depuis plusieurs années dans son service sans présenter aucun élément faisant suspecter une problématique neurocognitive avant l'accident. Elle a ajouté que dans la mesure où le seul élément clinique survenu était l'accident avec un traumatisme crânien, on pouvait supposer que la problématique neurocognitive était en relation avec cet événement accidentel.

Les parties ont déposé des écritures complémentaires, respectivement les 4 décembre 2025 et 6 février 2026.

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, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, sous réserve de la conclusion tendant au constat de la non-stabilisation de l'état de santé du recourant et de son droit à des prestations d'indemnités journalières, ainsi que de la conclusion tendant au prononcé que les questions d'invalidité et d'atteinte à l'intégrité sont réservées.

En effet, sauf situations particulières, les conclusions constatatoires ne peuvent intervenir qu'à titre subsidiaire lorsque des conclusions condamnatoires ou formatrices sont exclues (ATF 141 II 113 et les références citées). Or le recourant a également pris une conclusion tendant à la réforme de la décision sur opposition attaquée dans le sens de l'octroi d'indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux au-delà du 31 décembre 2023, de sorte qu'il n'a aucun intérêt à faire constater en sus la non-stabilisation de son état de santé ou le droit à des indemnités journalières. Le recourant n'a non plus aucun intérêt juridique à

faire constater que les questions de l'invalidité et de l'atteinte à l'intégrité sont réservées, étant précisé que ces éléments excèdent l'objet de la contestation qui est déterminé par la décision sur opposition du 11 juillet 2022 (cf. à ce sujet ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 décembre 2023 pour les suites de l'accident du 6 octobre 2022.

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'examineur 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 crânio-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 crânio-cérébral. En revanche, en présence d'un traumatisme crânio-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).

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). Par ailleurs, un seul critère peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 147 V 207 consid. 5.2.2 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).

f) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

La jurisprudence retient, en se référant à l'état actuel des connaissances médicales, qu'une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (TF 8C_164/2019 du 6 mars 2020 consid. 5.2.2 ; TF 8C_746/2018 précité consid. 3.2). Le *statu quo sine* est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge

(TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; TF 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et les références).

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. a) En l'occurrence, dans la décision sur opposition attaquée, l'intimée a estimé que les atteintes du recourant qui perduraient au-delà du 6 avril 2023 n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 6 octobre 2022, en se fondant sur l'appréciation médicale du 13 novembre 2023 de la Prof. F._____.

b) S'agissant tout d'abord des douleurs lombaires dont se plaint le recourant, la médecin d'arrondissement, se fondant sur l'ensemble des pièces au dossier, a indiqué que les imageries à disposition montraient une discopathie à plusieurs niveaux, en particulier C5-C6, et l'absence de lésions structurelles de type fracture, luxation facettaire, hématome ou autre. En conséquence, l'accident n'avait eu pour conséquence qu'une probable contusion lombaire qui pouvait expliquer des douleurs pour une durée de trois à six mois. Au-delà de ce délai, les plaintes douloureuses persistantes au niveau de la colonne lombaire n'étaient plus imputables à la chute du 6 octobre 2022. Les conclusions de la médecin d'arrondissement sont corroborées par l'évaluation interdisciplinaire de R. _____ du 23 février 2023 qui fait état de lombosciatalgies gauches après contusion lombaire. Les médecins de R. _____ ont eux aussi observé que les documents d'imagerie n'avaient pas relevé de lésion traumatique au niveau lombaire, mais des troubles dégénératifs étagés et une protrusion discale L5-S1 n'engendrant pas de conflit disco-radriculaire.

Les arguments soulevés par le recourant ne permettent pas d'apprécier la situation différemment. Il en va ainsi notamment du reproche formulé à l'intimée de ne pas avoir tenu compte de l'hématome relevé par son médecin traitant et qui était toujours présent. A ce sujet, il peut être observé que l'hématome a été diagnostiqué par le Dr L. _____ sur la base d'une échographie réalisée le 29 octobre 2022. Il ressort de son rapport du 25 février 2024, qu'en mars 2023, il avait constaté la persistance d'une tuméfaction du côté gauche de la colonne lombaire, ce qui reflétait que l'hématome n'était pas résorbé. A la question relative aux troubles lombaires présents chez le recourant à la date de son rapport du 25 février 2024, le Dr L. _____ a mentionné la persistance de douleurs au dos sans évoquer de tuméfaction. Lors de l'examen neurologique de R. _____ du 22 février 2023, il a été noté ce qui suit : « Au niveau lombaire, palpation d'une légère masse sous-cutanée résiduelle légèrement douloureuse dans la région haute de la fesse et paralombaire à G [réf. : gauche] (séquelle de l'hématome) ». R. _____ n'a pas estimé que cette séquelle d'hématome nécessiterait d'être traitée ou serait limitante pour le recourant, celle-ci n'étant que légèrement douloureuse à la palpation. Les autres rapports au

dossier ne permettent pas de parvenir à une autre conclusion. En effet, aucune pièce médicale ne suggère un quelconque lien entre l'hématome et la symptomatologie douloureuse du recourant. Au contraire, dans son rapport du 3 février 2025, le Dr Y._____, a relevé que, sur le plan physique, il y avait uniquement une petite protrusion discale au niveau S1 gauche capable d'irriter les racines, mais qui n'était pas spécifiquement limitative sur le plan fonctionnel. Par la même, il a nié toute conséquence en lien avec l'hématome. Ces constatations concordent avec celles effectuées par le Dr Q._____.

En outre, aucun rapport ne donne à penser que la protrusion discale au niveau S1 gauche - seule atteinte physique susceptible d'irriter la racine nerveuse et de générer les douleurs évoquées par le recourant d'après les médecins de R._____ et le Dr Y._____ - aurait été causée par l'accident du 6 octobre 2022. Les médecins ayant examiné le recourant relèvent simplement que les douleurs sont apparues à la suite de l'accident, ce qui est insuffisant pour retenir un lien de causalité. Quant au Dr L._____, il conclut à des séquelles et des douleurs post-traumatiques, au seul motif que celles-ci étaient inexistantes avant l'accident. Or, cet argument, qui relève du raisonnement *post hoc ergo propter hoc*, ne suffit pas (cf. consid. 3b *supra*).

Enfin, le recourant ne conteste pas, à juste titre, que les autres atteintes lombaires mises en évidence dans les imageries sont de nature dégénérative et ne sont pas imputables à l'accident du 6 octobre 2022.

En conclusion, on ne discerne aucune violation du devoir d'instruction de la part de l'intimée s'agissant des atteintes somatiques du recourant et l'intimée pouvait se fonder sur l'appréciation de la médecin d'arrondissement pour retenir que les douleurs persistantes découlant d'atteintes lombaires n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 6 octobre 2022 au-delà du 6 avril 2023.

c) aa) En ce qui concerne ensuite le volet neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, un lien de causalité adéquate entre

les atteintes du recourant et l'accident du 6 octobre 2022 ne peut pas être retenu pour les raisons qui seront exposées ci-dessous. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu d'examiner la question de la causalité naturelle, ni le grief du recourant relatif à une instruction insuffisante des causes de ses atteintes neuropsychologiques et psychiatriques, et il sera simplement observé que les pièces médicales ne font état d'aucune lésion organique pouvant expliquer la symptomatologie du recourant qui découlerait de son traumatisme crânien.

bb) Le TCC subi par le recourant a été qualifié de mineur par les médecins qui se sont prononcés sur la question (rapport du 6 octobre 2022 de la Dre J. _____ du Centre hospitalier de G*** ; rapport d'évaluation interdisciplinaire du 23 février 2023 de R. _____ ; appréciation médicale du 13 novembre 2023 de la Prof. F. _____), sans que cela ne soit contredit par les autres médecins et sans qu'aucun argument ne permette de qualifier le TCC de moyen ou sévère. Il convient en conséquence d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident.

cc) L'accident dont a été victime le recourant peut être qualifié de gravité moyenne, comme l'a retenu l'intimée, sans que le recourant ne le conteste. Il faut donc que trois critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence soient réalisés (consid. 3d supra).

En l'occurrence, le recourant est tombé d'un escabeau, d'une hauteur d'un mètre, de sorte que le premier critère relatif aux circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'est pas réalisé.

Les lésions physiques engendrées par l'accident n'ont pas été graves et ne déployaient plus d'effet après six mois, de sorte que le critère relatif à la gravité ou à la nature particulière des lésions physiques ne peut pas être retenu.

Pour l'appréciation du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire. N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TF 8C_259/2016 du 23 janvier 2017 consid. 6.3 et 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5.2 avec les références). En outre, l'aspect temporel du critère de la durée anormalement longue du traitement médical 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). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré ayant subi quatre interventions chirurgicales entre juillet 2010 et juillet 2015, au motif notamment que les hospitalisations avaient été de courte durée et qu'hormis lesdites interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3 ; TF 8C_114/2021 du 14 juillet 2021 consid. 3.3). Dans le cas du recourant, le dossier ne révèle aucun traitement médical spécifique et pénible, en particulier aucune intervention chirurgicale ou prise en charge médicale de longue durée en milieu hospitalier. Le traitement médical a consisté essentiellement en des mesures conservatrices, sous la forme de prise de médicaments antalgiques et de séances de physiothérapie et d'ergothérapie, ce qui ne saurait suffire pour retenir ce critère. Par ailleurs, comme vu plus haut, les atteintes physiques en lien de causalité naturelle avec l'accident ont cessé de déployer des effets six mois après l'accident.

Quant au critère de l'intensité des douleurs, pour que ce critère soit rempli, il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA ; TF 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 4.4.1). 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). Le point de savoir si les

douleurs du recourant revêtent l'intensité nécessaire pour remplir le critère peut demeurer indécis, dès lors qu'il ne suffirait pas à lui seul à admettre le lien de causalité adéquate.

Il y a lieu ensuite de constater qu'aucune erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident n'est évoquée en l'occurrence, de sorte que ce critère ne peut pas être retenu.

Le dossier ne comporte aucun élément permettant de penser que le recourant aurait été confronté à des complications particulières lors de son traitement, de sorte que le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes n'est pas non plus réalisé.

Le critère du degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques fait également défaut. En effet, une éventuelle incapacité de travail découlant des atteintes physiques en lien de causalité avec l'accident a tout au plus duré six mois.

dd) Au vu de ce qui précède, il convient de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 6 octobre 2022 et les troubles non somatiques, neuropsychologiques et psychiatriques développés par le recourant.

d) En conclusion, la décision de l'intimée de mettre fin aux prestations au 31 décembre 2023 pour les suites de l'accident du 6 octobre 2022 ne prête pas le flanc à la critique.

6. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre de l'expertise médicale sollicitée par le recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF

145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). La requête d'expertise médicale judiciaire doit dès lors être rejetée.

7. 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 LPG), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 juin 2024 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.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (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 :