

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juin 2010

Présidence de M. DIND
Juges : MM. Gutmann et Berthoud, assesseurs
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

M._____, à Renens, recourant, représenté par Me Mélanie Freymond,
avocate à Lausanne,

et

F._____, à Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA, 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. M._____, né en 1947, était employé en qualité de conducteur de travaux auprès de [...] S.A à [...]. Assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la F._____, (ci-après; la F._____ ou l'intimée) il a été victime le 25 août 2003, d'une chute en descendant d'une échelle, provoquant une commotion cérébrale. La F._____ a couvert les frais médicaux ainsi que les incapacités de travail subséquentes.

Dans les suites de cet accident, l'assuré s'est plaint de sensations vertigineuses, de difficultés de mémoire et de concentration, de fatigue et de fatigabilité; les céphalées et les vertiges se sont progressivement atténués, autorisant une reprise de l'activité professionnelle à 50% à partir du 19 octobre 2003 et à 70% dès le 13 janvier 2004.

A l'occasion d'un examen pratiqué le 4 mai 2004, le Dr Z._____, spécialiste FMH en neurologie à [...], a retenu l'existence d'un traumatisme cranio-cérébral (TCC) mineur avec commotion cérébrale. Ce praticien a indiqué que les troubles décrits par l'assuré étaient liés à un syndrome post commotionnel.

La F._____ a interrompu le versement des indemnités journalières au 31 mars 2005, le traitement médical de l'assuré étant terminé.

En raison d'une diminution de rendement dans son activité professionnelle, l'employeur a licencié l'assuré de son poste avec effet au 30 mai 2005.

Selon déclaration d'accidents LAA pour les chômeurs du 16 septembre 2005, l'assuré a fait annoncer à la F._____ qu'à la suite d'une rechute de l'accident du 25 août 2003, il se trouvait en arrêt de travail à

compter du 1^{er} juin 2005, selon certificats du Dr O._____, médecine générale FMH, médecin traitant, des 23 août et 20 septembre 2005 produits ultérieurement.

Sur demande de la F._____, le Dr Z._____ a procédé le 16 janvier 2006, à un examen médical de l'assuré. Après avoir brossé une anamnèse, fait mention des déclarations de l'examiné ainsi que de ses constatations objectives, ce spécialiste s'est prononcé comme suit dans son expertise du 25 janvier 2006:

"[...]

3. Quel diagnostic retenez-vous?

- Status après TCC mineur le 25.8.2003
- Etat anxio-dépressif en partie réactionnel
- Discret syndrome post-commotionnel persistant surchargé d'importants facteurs psychiques
- Hypoacousie bilatérale ancienne.

4. Voyez-vous d'autres possibilités de traitement? Si oui, lesquels?

Non; il s'agit essentiellement de mettre l'accent sur le traitement psychotrope.

5. Comment appréciez-vous la capacité de travail en termes d'horaire et de rendement dans l'activité exercée antérieurement?

On admettra en principe les taux d'incapacité [100%] retenus par le Dr O._____, médecin traitant, ceci jusqu'à la date du 1^{er} juin 2005 où une incapacité de travail complète a été retenue par le médecin traitant qui ne correspond pas à la réalité médicale du sujet mais plutôt à la reconnaissance d'une absence d'emploi. Actuellement, dans l'activité exercée préalablement (appréciation médico-théorique) la capacité de travail est vraisemblablement de 50%. Il s'agit là d'une incapacité de travail d'origine malade et non post-traumatique pour les éléments développés plus haut.

6. Au regard des seules suites de l'accident, quelles fonctions et activités sont-elles encore exigibles de la personne assurée? Avec quel horaire et quel rendement?

Pour les éléments développés plus haut, on peut admettre que l'incapacité de travail en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel a cessé au plus tard le 31 mars 2005. Il n'y a donc pas actuellement d'incapacité de travail au regard des seules suites de l'accident. S'agissant de l'incapacité de travail "malade", je pense que la capacité actuelle de Monsieur M._____, compte tenu de son état dépressif, est de 50% dans une activité s'exerçant idéalement sans trop de contrainte temporelle et psychique, relativement structurée et répétitive. Il s'agit d'une activité exercée soit à plein temps avec un rendement de 50% soit à mi-temps avec un rendement de 100%. Selon l'évolution de l'état anxio-dépressif, cette capacité de travail résiduelle pourrait atteindre ultérieurement 75 voire 100%.

7. A combien (%) estimez-vous l'éventuelle atteinte à l'intégrité due à l'accident?

Comme mentionné plus haut, l'importance actuelle des facteurs psychologiques rend une appréciation exacte des facteurs somatiques résiduels difficile. On peut néanmoins, par soucis de conciliation, estimer qu'il existe de façon sous-jacente un discret syndrome post-commotionnel correspondant aux anomalies mises en évidence à l'examen neuropsychologique de 2004 pouvant justifier la reconnaissance d'une perte à l'intégrité de 5 à 10%. Cette reconnaissance n'est néanmoins pas péremptoire."

Par décision du 7 avril 2006, la F. _____ a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 8'010 fr. correspondant au taux de 7,5% pour les séquelles consécutives à son accident du 25 août 2003. Se basant sur les conclusions du Dr Z. _____, la F. _____ a refusé la prise en charge des frais de traitement et de l'incapacité de travail annoncés à compter du 1^{er} juin 2005, motif pris que ces conséquences relevaient de l'assurance-maladie.

L'assuré a formé opposition contre cette décision, contestant le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu, estimant en outre que les troubles survenus dès le 1^{er} juin 2005 constituaient des suites de l'accident.

Par décision sur opposition du 19 juin 2006, la F. _____ a rejeté l'opposition, confirmant ainsi la décision entreprise. Niant l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et la symptomatologie affectant l'assuré, la F. _____ a estimé que le refus d'engager sa responsabilité à compter du 1^{er} juin 2005 était fondé et que le taux de l'atteinte à l'intégrité avait été estimé de manière correcte tant par le Dr Z. _____ dans son expertise du 25 janvier 2006 qu'ensuite dans la décision contestée.

B. Par écriture du 20 septembre 2006, l'assuré a fait recours contre la décision sur opposition précitée. Concluant principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi de prestations LAA dès le 1^{er} juin 2005 et subsidiairement, à l'annulation de la décision avec

renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle instruction puis décision, le recourant a préalablement requis qu'une expertise psychiatrique complémentaire ainsi qu'une contre-expertise neurologique soient ordonnées par le Tribunal cantonal des assurances.

Dans sa réponse du 24 octobre 2006, l'intimée a proposé le rejet du recours.

Par décision du 4 mai 2007, le magistrat instructeur a rejeté les requêtes d'expertise formulées par le recourant, estimant que l'instruction médicale était suffisante pour trancher l'affaire au fond.

C. Par jugement incident du 25 juin 2007 (cause n°AA70/07 - 53/2007), le Tribunal cantonal des assurances a partiellement admis l'opposition et réformé la décision attaquée en ce sens qu'une contre-expertise neurologique, confiée au Dr I._____, neurologue FMH, devait être ordonnée.

Consécutivement au refus du mandat d'expertise signifié par le Dr I._____ au Tribunal cantonal des assurances le 29 février 2008, la réalisation de la contre-expertise neurologique a finalement été confiée à Mme G._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP. Interpellées, les parties ont donné leur accord à la désignation de l'expert précité.

Le 22 août 2008, Mme G._____ a suggéré, au vu du dossier remis, un avis psychiatrique complémentaire auprès du Dr P._____, psychiatre-psychothérapeute FMH, à l'occasion de l'expertise à réaliser. Cette proposition a été acceptée par l'autorité judiciaire.

Suite aux examens neurologiques pratiqués les 28 octobre, 6, 10 et 11 novembre 2008, Mme G._____ et le Dr P._____ se sont exprimés comme suit dans leur rapport d'expertise du 3 décembre 2008:

"[Conclusions de Mme G. _____]

Symptomatologie neuropsychologique objectivée aux tests (persistance d'un ralentissement léger, de troubles attentionnels modérés, d'un fléchissement exécutif et de troubles mnésiques en particulier pour la mémoire de travail) associée à une symptomatologie dite post-traumatique subjective d'intensité modérée entraînant un handicap durable et significatif dans la vie quotidienne et professionnelle.

[Conclusions du Dr P. _____]

L'état psychologique du patient en 2005 a été, selon toute probabilité, celui d'une décompensation liée à l'intense fatigue post TCC, entraînant un état dépressif réactionnel lié en partie à l'épuisement de type "burn out" et en partie à la frustration et à l'irritation face à la perte des compétences et à l'échec de la reprise professionnelle. Ces difficultés sont connues chez les patients TCC. Nous nous référons à la conclusion de l'examen neuropsychologique du 28.06.2005: [...]. On peut reconnaître un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'évolution clinique qui s'en est suivie.

Réponse aux questions:

1. Diagnostic

Symptomatologie neuropsychologique objectivée aux tests (persistance d'un ralentissement léger, de troubles attentionnels modérés, d'un fléchissement exécutif et de troubles mnésiques en particulier pour la mémoire de travail) associée à une symptomatologie dite post-traumatique subjective d'intensité modérée entraînant un handicap durable et significatif dans la vie quotidienne et professionnelle.

2. Y'a-t-il des troubles neurologiques en lien de causalité avec l'accident? de manière possible? hautement vraisemblable? certaine?

Les troubles neurologiques, de nature neuropsychologique, sont en lien de causalité certaine avec l'accident.

3. Si oui, ces troubles ont-ils persistés au-delà du 31 mai 2005? jusqu'à quand?

Ces troubles ont persisté au-delà du 31 mai 2005 et sont encore présents.

4. Sont-ils toujours en lien de causalité au-delà de cette date?

Les troubles incriminés sont encore en lien de causalité.

5. Si oui, affectent-ils la capacité de travail de Monsieur M. _____, notamment en termes d'horaire et de rendement?

Ces troubles limitent la capacité de travail de l'expertisé en termes d'horaire et de rendement: à son emploi actuel de conciergerie, adapté à ses performances résiduelles, il travaille à un rendement de 60%, avec un horaire réparti sur la semaine afin de gérer la fatigue.

B. Questions au Tribunal des assurances

1. Quels sont les troubles de la santé dont souffre l'intéressé?

Symptomatologie neuropsychologique objectivée aux tests (persistance d'un ralentissement léger, de troubles attentionnels modérés, d'un fléchissement exécutif et de troubles mnésiques en particulier pour la mémoire de travail) associée à une symptomatologie dite post-traumatique subjective d'intensité modérée entraînant un handicap durable et significatif dans la vie quotidienne et professionnelle.

2. Ceux-ci sont-ils dus, de manière certaine ou vraisemblable, mais non pas seulement possible, à l'accident dont il a été victime le 25 août 2003?

Ces troubles sont dus de manière certaine à l'accident dont il a été victime le 25 août 2003.

3. En cas de réponse affirmative à la réponse 2, ces troubles sont-ils dus exclusivement à cet accident ou sont-ils dus aussi, de manière certaine ou probable, mais non pas seulement possible, à des facteurs étrangers à l'accident?

Nous n'avons pas mis en évidence de facteurs étrangers à l'accident, soit au niveau de la vie privée, soit au niveau professionnel. Les possibilités de licenciement présentes à l'époque pour motifs conjoncturels n'ont pas été déterminantes dans l'évolution clinique, et l'expertisé souligne la compréhension de l'employeur par rapport à ses limitations. Cependant le licenciement n'a pu être évité, signifié le 28.1.2005 et effectif le 31.3.2005, le poste de travail concerné exigeant un rendement à 100% et des compétences professionnelles intactes.

4. Dans la seconde hypothèse:

a) Quels sont les facteurs étrangers?

b) Dans quelle mesure, en pour-cent, les troubles de santé sont-ils dus à des facteurs étrangers à l'accident?

Cette question tombe.

5. Quel est le taux d'incapacité de travail du recourant dans sa profession habituelle depuis l'accident jusqu'à ce jour? Si ce taux a varié, veuillez indiquer les différents taux et les périodes qu'ils concernent.

Incapacité de travail à 100% dès l'accident, puis à 50% dès le 16.9.2003. Du 1^{er} juin 2005 au 31 mars 2006, l'expertisé est sans emploi, mais lors de cette période sa capacité ne dépassait en tout cas pas 50%. Depuis le 15 janvier 2007, dans un emploi de conciergerie obtenu dans le cadre du recyclage par l'AI, adapté à ses performances résiduelles, il travaille à un rendement de 80% puis 60%, avec un horaire réparti sur la semaine afin de gérer la fatigue.

C. Questions de Maître Mélanie Freymond, 23.1.2008

1. Quels troubles neuropsychologiques avez-vous diagnostiqués chez l'expertisé?

Cf. plus haut. Ralentissement léger, troubles attentionnels modérés, fléchissement exécutif et troubles mnésiques, en particulier pour la mémoire de travail.

2. Ces troubles correspondent-ils à ses plaintes?

Clairement oui.

3. Comment expliquez-vous la péjoration de ses performances entre l'évaluation qui a été faite par le Dr V. _____ le 2 décembre 2004 et celle qu'elle a faite le 28 juin 2005?

La péjoration des performances est liée à l'intense fatigue et au stress dû à la reprise du travail comme chef de travaux après le TCC; ce qui a entraîné un état dépressif réactionnel du en partie à l'épuisement de type "burn out" et en partie à la frustration face à la perte des compétences et à l'échec de la reprise professionnelle.

4. L'expertisé a-t-il, avant l'accident, présenté des troubles d'ordre psychologique ou neuropsychologique?

Pas à notre connaissance.

5. Que pensez-vous de l'émergence d'un état anxio-dépressif?

C'est une réaction connue chez les patients cérébro-lésés et traumatisés crânio-cérébraux face à l'incapacité nouvelle et inattendue de gérer la fatigue liée à une baisse soudaine des

ressources physiques et psychiques, cela avant d'en avoir réalisé l'ampleur et avoir trouvé les stratégies pour s'y adapter. Elle n'est pas nécessairement liée à une pathologie ancienne. C'est ce type de réaction qui a, selon nous, entraîné l'état anxio-dépressif observé chez l'expertisé.

6. Avez-vous pu constater cette émergence? Dans l'affirmative, sur quelles observations vous fondez-vous?

Actuellement le patient ne présente pas d'état anxio-dépressif.

7. Cette émergence peut-elle influencer les troubles neuropsychologiques actuellement constatés chez l'expertisé?

Cf. réponse 6.

8. Les troubles neuropsychologiques que vous avez constatés sont-ils permanents?

Clairement oui.

9. Dans la négative comment pourraient-ils être traités?

Il n'y a pas de traitement sur le plan neuropsychologique.

[...]

10. Que pensez-vous du troisième bilan neuropsychologique effectué le 24 janvier 2006?

Les résultats à l'examen du 24 janvier 2006 témoignent de la récupération fonctionnelle partielle de l'expertisé après la période d'épuisement et l'état anxio-dépressif constaté le 28 juin 2005 à la Division autonome de neuropsychologie. Ils ont été d'autant meilleurs que le patient ne travaillait pas et ne souffrait que d'une fatigue minimale. Les résultats de l'examen de 2006 montrent une amélioration depuis le premier examen neuropsychologique ayant suivi le TCC, à savoir l'examen du 30 novembre 2004.

11. Pouvez-vous poser un pronostic favorable quant à l'évolution de l'état de santé de l'expertisé?

Le pronostic sera pour l'essentiel fonction d'une bonne adaptation des capacités de travail aux conditions professionnelles proposées qui tiennent compte du handicap.

12. Selon vous quel est le degré de l'atteinte à l'intégrité présentée par l'expertisé? Une atteinte à l'intégrité de 7,5% est-elle justifiée?

Oui."

Le 9 janvier 2009, l'intimée a contesté la valeur de l'expertise précitée, soutenant que cette dernière n'était pas apte à apporter les éclaircissements requis selon jugement incident du 25 juin 2007, ni propre à rediscuter les conclusions du Dr Z._____. L'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et précisé que, même si l'existence d'un lien de causalité naturelle devait être retenu, l'absence de causalité adéquate interdisait de prendre en compte les troubles psychiques décrits par les experts dans l'examen des prestations litigieuses.

Dans sa détermination du 12 février 2009, le recourant a approuvé les conclusions de l'expertise en question. Il a également sollicité un bref complément d'expertise (deux questions) en lien avec l'appréciation par les experts de sa capacité de travail résiduelle. Pour le surplus, il a contesté le bien-fondé des griefs articulés par l'intimée le 9 janvier 2009.

En réponse à la détermination de la recourante, l'intimé a précisé, le 27 février 2009, les motifs justifiant le maintien de ses conclusions.

Dans leur complément d'expertise du 27 mars 2009, Mme G._____ et le Dr P._____ ont répondu comme suit aux questions supplémentaires qui leurs étaient soumises par l'autorité judiciaire:

"Question 1

Monsieur M._____ est-il capable de travailler à un rendement supérieur à 60%, étant précisé qu'il travaille actuellement après recyclage AI à 60% avec un horaire réparti sur la semaine afin de gérer la fatigue?

Un travail à un taux de 80% dans sa formation de conciergerie en cours d'emploi avait été tenté, mais l'intéressé a dû reprendre un taux d'activité à 60% en raison de sa fatigue. Il nous semble qu'il n'y a pas de signes nous permettant à l'heure actuelle d'espérer une augmentation de son rendement et la répartition du travail sur la semaine est optimale pour gérer la fatigue et poursuivre l'activité professionnelle.

Question 2

Dans quelle activité de concierge, un rendement supérieur à 60% est-il exigible? Dans d'autres activités, un rendement plus élevé est-il envisageable? Cas échéant, lesquels et à quel taux?

- Cf. réponse sous 1.

- Autres activités: compte tenu de sa formation et des emplois occupés à ce jour, nous ne voyons pas d'autres activités adaptées à proposer à l'assuré. De plus, on a pu observer que l'expertisé est motivé pour son travail de conciergerie, ce qui n'était pas acquis d'avance, compte tenu de la perte significative de statut professionnel que cela représente par rapport à son ancien emploi de chef de chantier."

Le 4 juin 2009, après une brève prise de position sur les arguments développés par l'intimée le 27 février 2009, le recourant a derechef maintenu l'entier des conclusions à l'appui de son recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de prestations de l'assureur-accident sans limitation dans le temps.

b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile le 20 septembre 2006 auprès du tribunal compétent. Pour le surplus, répondant aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le législateur définit la notion d'accident à l'art. 4 LPGA. Ainsi par accident, on entend 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 (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et les références).

b) aa) L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il n'y a pas lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TFA U 118/2003 du 30 juin 2004, consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

bb) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose toutefois également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1). Selon la jurisprudence, 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 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2, 125 V 456, consid. 5a et les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par les experts médicaux (ATF 107 V 173, consid. 3b).

cc) En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102, consid. 5b/bb et les références). En revanche, pour parer aux incertitudes liées aux nombreux cas d'espèce et au risque d'inégalité de traitement, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1; TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 3.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR] XIV, 2^e éd. 2007, n. 89 s.).

Ainsi, selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le rapport

de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants:

- 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.

Il n'est pas nécessaire que tous ces critères soient réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1, 115 V 133, consid. 6c/aa; 403, consid. 5c/aa; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n. 91).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance

prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008, 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

3. Dans son recours du 20 septembre 2006, s'agissant du lien de causalité naturelle, le recourant soutient qu'en page 8 de son expertise du 25 janvier 2006, le Dr Z._____ a retenu une relation de causalité certaine entre la symptomatologie apparue dans les suites immédiates de l'accident et l'événement accidentel. Ce médecin aurait également constaté "l'émergence d'un état anxio-dépressif réactionnel jouant actuellement un rôle vraisemblablement déterminant dans les plaintes et l'incapacité de travail même si le caractère proprement dit des troubles n'a pas changé". Enfin, l'expert en question aurait considéré qu'il s'agissait de mettre l'accent sur la prise en charge psychothérapeutique du patient. Ce médecin admettrait ainsi qu'existe une relation de causalité naturelle entre les troubles survenus immédiatement après l'accident et l'accident lui-même. Pour ce qui a trait à l'existence d'un état anxio-dépressif allant entretenir la symptomatologie, le Dr Z._____ aurait déclaré qu'il était toujours difficile de se prononcer sur la relation de causalité naturelle en présence de cas tel celui du recourant (cf. p. 9 de l'expertise du 25 janvier 2006). Le Dr Z._____ reconnaît ainsi qu'il n'est pas à même de se prononcer sur le lien de causalité naturelle entre la symptomatologie

constatée après le 31 mars 2005 et l'événement accidentel. Ce ne serait qu'"après réflexion", mais sans en indiquer clairement les motifs que le Dr Z._____ en a finalement conclu qu'il se justifiait de mettre un terme au versement des indemnités journalières au 31 mars 2005 (cf. p. 9 de l'expertise du 25 janvier 2006). Cet avis émanant d'un spécialiste FMH en neurologie et non d'un psychiatre, dès lors qu'il s'agissait de mettre en évidence un lien de causalité entre l'accident et les troubles existants mais dont l'origine serait d'ordre psychologique, seul un psychiatre eût été à même de donner un avis médical éclairé.

S'agissant du lien de causalité adéquat, le recourant impute à l'intimée une volonté tendant à nier d'emblée toute relation de causalité naturelle et adéquate entre les troubles persistants et l'accident, cela au motif qu'elle ne se serait pas prononcée sur la nécessité de recourir à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. A l'appui de sa décision, l'intimée n'expliquerait pas de manière précise et détaillée en quoi le cas d'espèce ne satisferait pas aux conditions objectives développées par la jurisprudence et permettant de retenir un lien de causalité adéquat, se bornant à expliquer que les conditions objectives ne sont pas remplies. Le recourant expose souffrir, depuis le 1^{er} juin 2005, de troubles affectant sa capacité de travail, tels que troubles de la mémoire, de la concentration, vertiges, maux de tête, fatigue et fatigabilité, point qui ne serait pas contesté par l'intimée.

En réponse, l'intimée indique que l'expertise du 26 janvier 2006 du Dr Z._____ a pleine valeur probante et que les critères développés en jurisprudence pour retenir un lien de causalité adéquate ne sont pas remplis en l'espèce.

Consécutivement au jugement incident du 25 juin 2007 (cause n°AA 70/07 - 53/2007), une contre-expertise neurologique du 3 décembre 2008 a été réalisée par Mme G._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP et le Dr P._____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Il ressortait de cette expertise en particulier les réponses suivantes

de la part de Mme G. _____ aux questions posées par le Tribunal cantonal :

"1. Quels sont les troubles de la santé dont souffre l'intéressé?

Symptomatologie neuropsychologique objectivée aux tests (persistance d'un ralentissement léger, de troubles attentionnels modérés, d'un fléchissement exécutif et de troubles mnésiques en particulier pour la mémoire de travail) associée à une symptomatologie dite post-traumatique subjective d'intensité modérée entraînant un handicap durable et significatif dans la vie quotidienne et professionnelle.

2. Ceux-ci sont-ils dus, de manière certaine ou vraisemblable, mais non pas seulement possible, à l'accident dont il a été victime le 25 août 2003?

Ces troubles sont dus de manière certaine à l'accident dont il a été victime le 25 août 2003.

3. En cas de réponse affirmative à la réponse 2, ces troubles sont-ils dus exclusivement à cet accident ou sont-ils dus aussi, de manière certaine ou probable, mais non pas seulement possible, à des facteurs étrangers à l'accident?

Nous n'avons pas mis en évidence de facteurs étrangers à l'accident, soit au niveau de la vie privée, soit au niveau professionnel. Les possibilités de licenciement présentes à l'époque pour motifs conjoncturels n'ont pas été déterminantes dans l'évolution clinique, et l'expertisé souligne la compréhension de l'employeur par rapport à ses limitations. Cependant le licenciement n'a pu être évité, signifié le 28.1.2005 et effectif le 31.3.2005, le poste de travail concerné exigeant un rendement à 100% et des compétences professionnelles intactes.

4. Dans la seconde hypothèse:

a) Quels sont les facteurs étrangers?

b) Dans quelle mesure, en pour-cent, les troubles de santé sont-ils dus à des facteurs étrangers à l'accident?

Cette question tombe.

5. Quel est le taux d'incapacité de travail du recourant dans sa profession habituelle depuis l'accident jusqu'à ce jour? Si ce taux a varié, veuillez indiquer les différents taux et les périodes qu'ils concernent.

Incapacité de travail à 100% dès l'accident, puis à 50% dès le 16.9.2003. Du 1^{er} juin 2005 au 31 mars 2006, l'expertisé est sans emploi, mais lors de cette période sa capacité ne dépassait en tout cas pas 50%. Depuis le 15 janvier 2007, dans un emploi de conciergerie obtenu dans le cadre du recyclage par l'AI, adapté à ses performances résiduelles, il travaille à un rendement de 80% puis 60%, avec un horaire réparti sur la semaine afin de gérer la fatigue."

Un complément d'expertise a été déposé le 27 mars 2009. Les parties se sont déterminées tant sur l'expertise proprement dite que sur le complément précité. L'intimée a contesté la valeur probante de l'expertise, respectivement son complément, motif pris que Mme G. _____ était psychologue et non pas médecin, ce nonobstant les

investigations menées avec le Dr P._____ sur l'aspect psychique du cas. Le recourant estimait pour sa part que les examens pratiqués par une neuropsychologue et par un psychiatre répondaient parfaitement aux nécessités afin de trancher le point de savoir s'il avait souffert - ou souffrait encore - de troubles d'ordre psychique ou plus précisément neuropsychologiques, ensuite de son accident.

4. a) En l'espèce, l'expertise du 3 décembre 2008 ainsi que son complément satisfont aux exigences de la jurisprudence pour avoir valeur probante (cf. 2c supra). Ils se fondent sur plusieurs examens cliniques, l'expertise relate les plaintes de l'expertisé, brosse une anamnèse fouillée, la situation apparaît claire, les conclusions des deux experts étant bien motivées. Contrairement à l'avis de l'intimée, l'expertise a été réalisée par Mme G._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP pour les suites de l'accident au plan neuropsychologique avec avis du Dr P._____, psychiatre-psychothérapeute FMH, s'agissant des conséquences psychiatriques de l'accident. Etant d'une part relevé qu'interpellées en cours d'instruction, les parties n'ont pas formulé de contestations quant à la désignation de Mme G._____ en qualité d'expert et que d'autre part, le fond du litige avait pour objet de déterminer si le recourant avait souffert ou souffre encore de troubles psychiques susceptibles de provoquer une rupture du lien de causalité adéquate entre l'accident et les plaintes dont il se disait atteint, il n'existe aucun motif de nature à remettre en cause la force probante de l'expertise susmentionnée et de son complément.

b) Sur le plan somatique, l'expert Z._____ retient que l'accident a entraîné un TCC mineur avec plaie du cuir chevelu, perte de connaissance et amnésie circonstancielle (cf. p. 8, § 5 de l'expertise du 25 janvier 2006). Après réflexion, cet expert a confirmé la décision de

l'intimée de mettre un terme au service des indemnités journalières au 31 mars 2005. Il a néanmoins relevé que dès cette date, il existe une incapacité de travail d'origine malade en relation avec les éléments anxio-dépressifs (cf. p. 10 de l'expertise du 25 janvier 2006). Partant, sur le plan somatique, il n'y a pas lieu de retenir un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles actuels.

c) aa) Sur le plan psychique, il convient en premier lieu d'examiner s'il existe une affection de cet ordre en lien de causalité naturelle avec l'accident.

L'expert P._____ relève dans l'expertise du 3 décembre 2008, que le recourant ne présente pas de symptômes de la lignée dépressive ou anxieuse. Les limitations fonctionnelles actuelles n'étant, de l'avis de ce praticien, pas à mettre sur le compte d'un ralentissement dans le cadre de troubles thymiques, mais sur la fatigabilité faisant suite à l'accident (cf. p. 8 de l'expertise du 3 décembre 2008). Il ne met pas en évidence de facteurs psychosociaux défavorables susceptibles d'influencer l'évolution clinique. Contrairement à Mme G._____, ce médecin ne retient pas - à tout le moins implicitement - de syndrome de stress post-traumatique.

De son côté, l'expert G._____ retient une symptomatologie neuropsychologique objectivée aux tests (persistance d'un ralentissement léger, de troubles attentionnels modérés, d'un fléchissement exécutif et de troubles mnésiques en particulier pour la mémoire de travail) associée à une symptomatologie dite post traumatique subjective d'intensité modérée entraînant un handicap durable et significatif dans la vie quotidienne et professionnelle du recourant.

La jurisprudence considère que les troubles de nature neuropsychologique peuvent constituer des atteintes en relation de causalité naturelle et adéquate avec un accident (TF U 288/2006 du 24 mai 2007; TFA U 363/2002 du 5 avril 2004, consid. 5.1). Partant, au vu des diagnostics posés par l'expert G._____, force est de constater qu'existe

en l'espèce, une relation de causalité naturelle entre l'accident et l'affection neuropsychologique objectivée associée à une symptomatologie post traumatique subjective moyenne entraînant un handicap durable avec baisse de la capacité de travail du recourant.

bb) On peut même se demander si l'événement en question, au vu des atteintes constatées, ne devrait pas être assimilé à une atteinte de type "coup du lapin" ou d'un traumatisme analogue, ce qui, si l'accident est de gravité moyenne – ainsi que l'a retenu l'intimée dans la décision attaquée, cf. p. 5 let. g –, oblige à examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 359 consid. 6a et 369 consid. 4b, sans qu'il soit alors décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss, consid. 3b; TFA U 118/2003 du 30 juin 2004, consid. 4.1). Dans ce type d'atteintes, il importe de déterminer si on est en présence d'un tableau clinique "typique" présentant de multiples plaintes, soit des maux de tête diffus, vertiges, troubles de concentration ou de la mémoire, fatigabilité, dépression (TFA U 61/2002 du 12 mars 2003, consid. 2.3.2). Toutefois, lorsque des lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type ou d'un traumatisme analogue, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 123 V 98 consid. 2a; RAMA 1995 p. 115 ch. 6; TFA U 118/2003 du 30 juin 2004, consid. 4.2; cf. pour les exigences en matière de troubles psychiques, 2b/cc supra). En l'espèce, le Dr Z. _____ admet effectivement la présence de tels troubles (mémoire et concentration en baisse, fatigue et fatigabilité), de vertiges et céphalées (cf. p.8 § 5 de l'expertise du 25 janvier 2006). Il semble ainsi qu'une expertise neurologique complémentaire n'est pas nécessaire. En revanche une expertise psychiatrique est nécessaire, dans la mesure où il incombera à l'intimée de se prononcer tant sur les lésions subies, les douleurs

persistantes ou l'incapacité de travail objectivée, sans en référer exclusivement aux seules lésions ou douleurs physiques relevées.

cc) En tout état de cause, même si l'intimée faisait application, en présence d'un accident de gravité moyenne, de la jurisprudence applicable en matière de troubles psychiques (cf. 2b/cc supra), il lui incombait d'examiner, de motiver de manière précise et détaillée chacun des critères en fonction des circonstances d'espèce. Or, ainsi que le relève le recourant, la décision attaquée n'explique pas de manière suffisamment précise et détaillée les motifs pour lesquels le cas d'espèce ne remplirait pas les conditions exposées par la jurisprudence permettant de retenir ou non l'existence d'un lien de causalité adéquat. Partant, lacunaire dans sa motivation, cette décision prive le recourant de la faculté de se déterminer utilement.

d) En définitive, sur le plan médical, les divers éléments figurant au dossier ne peuvent être retenus pour suffisants et ne permettent pas de statuer en l'état. Dans ces circonstances, une expertise psychiatrique s'avère nécessaire. Pour ce motif, le dossier doit être renvoyé à l'intimée afin que cette dernière en complète l'instruction dans ce sens.

En l'espèce, le renvoi de la cause à l'intimée - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales et codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA - apparaît la solution la plus opportune, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la cour de céans procède elle-même aux mesures d'instruction nécessaires.

5. a) En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

La procédure devant le Tribunal cantonal des assurances étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (art. 61 let. a LPGA).

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, à droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** L'intimée versera au recourant une indemnité de dépens fixée à 2'000 francs (deux mille francs).
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Mélanie Freymond (pour M. _____),
- F. _____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :