



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01  
www.fr.ch/tc

605 2011 173

## **Arrêt du 14 novembre 2014**

### **I<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Présidente: Anne-Sophie Peyraud  
Juges: Marianne Jungo, Josef Hayoz  
Greffier-rapporteur: Alexandre Vial

#### **Parties**

**A. \_\_\_\_\_, recourant**, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat  
contre

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-accidents

Recours du 26 mai 2011 contre la décision sur opposition du  
11 avril 2011

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, né en 1972, domicilié à B. \_\_\_\_\_, marié et père de deux enfants nés en 2006 et 2010, a été engagé en qualité d'aide-charpentier par C. \_\_\_\_\_ SA pour une mission temporaire auprès de l'entreprise D. \_\_\_\_\_ SA, à E. \_\_\_\_\_, à partir du 26 août 2009. A ce titre, il était assuré obligatoirement auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA), à F. \_\_\_\_\_, contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

Le 27 août 2009, il a été victime d'un accident sur son lieu de travail, à E. \_\_\_\_\_: il a glissé et chuté d'un toit sur un autre toit adjacent situé environ 1.80 mètres en contrebas, avec deux chocs occipitaux et réception sur le dos, et a subi un traumatisme crânien. Il a été mis au bénéfice d'une incapacité de travail totale et son cas a été pris en charge par la CNA, sous la forme du versement d'indemnités journalières et d'une prise en charge des frais médicaux.

Du 9 mars 2010 au 14 avril 2010, l'assuré a séjourné à la Clinique G. \_\_\_\_\_ (ci-après: la Clinique), à Sion, pour un bilan multidisciplinaire et une rééducation.

La CNA a mis fin aux prestations d'assurance à partir du 26 avril 2010 en considérant que l'assuré était à nouveau pleinement apte au travail dès cette date. Ce dernier a alors débuté une nouvelle activité professionnelle, comme conseiller en vente, auprès de H. \_\_\_\_\_ AG, succursale de I. \_\_\_\_\_.

Par déclaration de sinistre du 11 août 2010, son employeur a annoncé à la CNA que, en raison de l'accident du 27 août 2009, l'assuré avait fait une rechute qui avait débuté le 27 juillet 2010. Ce dernier a été mis au bénéfice d'une nouvelle incapacité de travail totale et la CNA a repris le versement de ses prestations.

Le 27 janvier 2011, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, à K. \_\_\_\_\_, pour un bilan final.

B. Par décision du 15 février 2011, confirmée sur opposition le 11 avril 2011, la CNA a mis fin au paiement des indemnités journalières et des frais de traitement avec effet au 15 février 2011. En particulier, elle a considéré que, sur le plan médical, tous les examens utiles avaient été entrepris, qu'aucun d'entre eux n'avait mis en évidence quelque lésion organique que ce soit, et que le dossier était dès lors suffisamment instruit. Cela étant, elle a constaté que l'assuré présentait au moins une partie des troubles appartenant au tableau clinique typique d'un traumatisme de la colonne cervicale ou d'un traumatisme équivalent. Sur la base des conclusions du Dr J. \_\_\_\_\_, elle a retenu que la symptomatologie dont souffrait l'assuré n'était pas (ou plus) en relation de causalité avec l'accident du 27 août 2009 qu'elle a qualifié comme se situant tout au plus à la limite inférieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne. Elle a par ailleurs relevé que l'assuré se prévalait désormais d'une aggravation de ses plaintes qu'il accusait le Dr J. \_\_\_\_\_ de lui avoir occasionnée lors de l'examen du 27 janvier 2011, mais que ce grief ne réalisait pas le critère d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident.

Dans l'intervalle, à partir du 23 février 2011, l'assuré a revendiqué le droit aux indemnités de l'assurance-chômage.

Par ailleurs, le 15 mars 2011, il a déposé plainte pénale pour lésions corporelles à l'encontre du Dr J. \_\_\_\_\_ au motif que ce dernier, lors de son examen du 27 janvier 2011, lui aurait porté un violent coup aux cervicales qui aurait eu pour conséquence une forte aggravation de ses douleurs et vertiges.

Par déclaration de sinistre du 18 avril 2011, son ancien employeur C. \_\_\_\_\_ a annoncé à la CNA que, le 27 janvier 2011, l'assuré avait fait une nouvelle rechute.

Par courrier du 3 mai 2011, puis par décision formelle du 23 mai 2011, la CNA a refusé d'ouvrir une nouvelle procédure pour la rechute alléguée du 27 janvier 2011. L'assuré a formé opposition contre cette décision le 23 juin 2011, opposition qui demeure pendante à ce jour.

C. Contre la décision sur opposition du 11 avril 2011, A. \_\_\_\_\_, représenté par Me Jean-Michel Duc, interjette recours auprès du Tribunal cantonal en date du 26 mai 2011. Il conclut, sous suite de dépens, à ce que le droit aux prestations légales de l'assurance-accidents obligatoire continue de lui être reconnu au-delà du 15 février 2011. Il reproche notamment à l'autorité intimée de ne pas avoir suffisamment établi les causes de la symptomatologie dont il souffre et, en particulier, de ne pas avoir procédé à des investigations médicales complémentaires qui, selon lui, s'imposaient en particulier depuis sa première rechute du 27 juillet 2010. Il conteste la valeur probante du rapport du 27 janvier 2011 du Dr J. \_\_\_\_\_, alléguant que l'examen réalisé par ce médecin s'est déroulé en violation grave des règles de l'art médical, qu'il a donné lieu au dépôt d'une plainte pénale pour lésions corporelles, et qu'il a eu pour conséquence une aggravation importante et invalidante de sa symptomatologie. Il ajoute que ce rapport est contradictoire, qu'il ne tient pas compte de l'avis divergent d'autres médecins l'ayant aussi examiné, et qu'il n'émane pas d'un neurologue ou d'un neurochirurgien. Cela étant, l'assuré soutient qu'il est fort probable qu'il souffre de lésions cérébro-organiques et d'autres séquelles somatiques au niveau de la colonne cervicale en particulier. Dès lors, il requiert notamment la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ainsi que la production du dossier pénal constitué par le Ministère public du canton de Vaud.

Par acte séparé du même jour, régularisé le 24 juin 2011, l'assuré dépose en outre une requête d'assistance judiciaire gratuite totale pour la procédure de recours, requête qui a été admise par décision du 21 octobre 2011.

Dans ses observations du 6 janvier 2012, l'autorité intimée requiert préalablement la suspension de la procédure de recours jusqu'à droit connu sur le sort de la plainte pénale dirigée à l'encontre de son médecin d'arrondissement. Sur le fond, elle propose le rejet du recours. Elle continue d'accorder une pleine valeur probante au rapport du 27 janvier 2011 du Dr J. \_\_\_\_\_ et estime que les autres avis médicaux figurant au dossier ne permettent pas de le remettre en cause. Elle relève que les différents traitements entrepris n'ont conduit à aucune amélioration de l'état de santé de l'assuré. Elle maintient que les critères déterminants pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate entre les troubles constatés et l'accident du 27 août 2009 ne sont pas (ou plus) remplis à suffisance de droit. Elle conclut dès lors avoir retenu à juste titre qu'au-delà du 15 février 2011, l'assuré ne présentait pas de lésions organiques imputables audit l'accident.

Le 16 février 2012, la procédure de recours a été suspendue jusqu'à droit connu sur le sort de la procédure pénale ouverte contre le Dr J. \_\_\_\_\_.

Par ordonnance rendue le 13 août 2012 par le Ministère public du canton de Vaud, confirmée le 20 février 2013 par le Tribunal cantonal vaudois, la procédure pénale dirigée contre le Dr J. \_\_\_\_\_ a été classée.

Par courrier du 16 août 2013, l'assuré a demandé la reprise de la procédure de recours, a réitéré sa requête d'expertise pluridisciplinaire et a sollicité la tenue de débats publics.

Le 21 août 2013, la procédure de recours a été reprise.

Un second échange d'écritures a eu lieu entre les parties le 20 septembre 2013 et le 9 octobre 2013, lors duquel celles-ci ont pour l'essentiel campé sur leur position.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Le 5 août 2014, à la demande du délégué à l'instruction, la CNA a produit les pièces du dossier postérieures à celles qu'elle lui avait déjà transmises le 29 septembre 2011, ce dont le recourant a été informé.

Le 20 août 2014, le recourant a réitéré sa requête d'expertise pluridisciplinaire et confirmé sa demande de débats publics.

Une séance de débats publics a eu lieu le 9 octobre 2014, à laquelle seuls le recourant et son mandataire étaient présents. A l'audience, Me Duc a produit une attestation émanant de l'employeur actuel du recourant et a plaidé; ce dernier s'est également exprimé à son tour.

Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

## **en droit**

1. Interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires de Pâques, et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

2. a) En vertu de l'art. 6 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), si la présente 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 (al. 1). Le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident (al. 2). L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (al. 3).

Selon l'art. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, 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 entraîne la mort.

b) Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA) et le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA).

Conformément à l'art. 10 al. 1 et à l'art. 54 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident dans les limites de ce qui est exigé par le but du traitement.

D'après l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière.

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références citées).

En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (Tribunal fédéral, arrêt non publié A. [8C\_420/2013] du 30.05.2014 consid. 5.2; ATF 134 V 109 et 117 V 359).

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

d) 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 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

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 (cf. consid. e ci-dessous) en relation avec cet événement (Tribunal fédéral, arrêt non publié B. [8C\_445/2013] du 27.03.2014 consid. 4.3.1; ATF 134 V 109 consid. 10, 117 V 359 consid. 6, 369 consid. 4, 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5).

A cet effet, la jurisprudence distingue la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (Tribunal fédéral, arrêt non publié A. [8C\_420/2013] du 30.05.2014 consid. 5.2; ATF 134 V 109 consid. 10.3, 117 V 359 consid. 6a et 369 consid. 4b). Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (arrêt 8C\_420/2013 précité; ATF 134 V 109 consid. 9.5, 127 V 102 consid. 5b/bb, 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa).

e) Dans l'ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles. Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité. D'après cette jurisprudence, les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité sont désormais formulés de la manière suivante (cf. ég. ATF 117 V 359; Tribunal fédéral, arrêts non publiés C. [8C\_115/2011] du 26.01.2012 consid. 4.3.2, F. [8C\_98/2011] du 26.08.2011 consid. 4.1, A. [8C\_39/2010] du 07.09.2010 consid. 5.2 et I. [8C\_406/2009] du 09.04.2010 consid. 4.2.2):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible;
- l'intensité des douleurs;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. S'agissant de ce dernier critère, ce n'est pas la durée de l'incapacité de travail qui est déterminante, mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité (Tribunal fédéral, arrêts non publiés G. [8C\_55/2013] du 07.01.2014 consid. 4.5.6 et C. [8C\_115/2011] du 26.01.2012 consid. 4.3.7; ATF 134 V 109).

En cas d'accident de gravité moyenne, trois critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ci-dessus doivent être réunis pour que l'on puisse admettre un lien de causalité adéquate entre des plaintes et un traumatisme cervical ou cranio-cérébral, lorsque par ailleurs aucun des critères admis ne revêt en soi une intensité particulière. Dans les accidents de gravité moyenne mais à la limite des accidents de peu de gravité, quatre critères doivent en revanche être remplis (Tribunal fédéral, arrêts non publiés A. [8C\_420/2013] du 30.05.2014 consid. 7.2, S. [8C\_897/2009] du 29.01.2010 consid. 4.5 et les références citées).

f) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de

cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (Tribunal fédéral, arrêt non publié B. [8C\_456/2010] du 19.04.2011 consid. 3 et la référence citée).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 125 V 351 et arrêt 9C\_745/2010 précité).

3. Est l'espèce, est litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que la CNA a mis un terme au versement des prestations d'assurance avec effet au 15 février 2011 et, plus précisément, a nié à l'assuré le droit au traitement médical et à l'indemnité journalière au-delà de cette date. Pour y répondre, il convient d'examiner si, au moment déterminant de la décision litigieuse du 15 février 2011, confirmée sur opposition le 11 avril 2011, les troubles dont continuait de souffrir l'assuré se trouvaient (du moins encore) en relation de causalité avec l'accident du 27 août 2009.

On précisera ici que les événements du 27 janvier 2011 (examen médical réalisé par le Dr J. \_\_\_\_\_), suite auxquels l'assuré a, par le biais de son ancien employeur, annoncé une rechute, se sont déroulés avant que ne soit rendue la décision du 15 février 2011, confirmée sur opposition le 11 avril 2011. Ils doivent ainsi être pris en considération dans le cadre du présent litige. Or, étant donné que la rechute alléguée par l'assuré a été déclarée postérieurement à la décision attaquée, le 18 avril 2011, l'autorité intimée ne pouvait en tenir compte au moment de son prononcé, raison pour laquelle elle a rendu par la suite, le 23 mai 2011, une nouvelle décision à cet égard, décision qui demeure à ce jour frappée d'opposition.

Cela étant, par économie de procédure et dans la mesure où l'autorité intimée et le recourant se sont spontanément exprimés sur les événements du 27 janvier 2011 aussi dans le cadre de la présente procédure de recours, la Cour de céans tranchera également cet aspect du litige.

a) Il est établi – et de surcroît non contesté – que l'assuré a été victime d'un accident de travail le 27 août 2009, accident qui a causé à ce dernier un traumatisme crânien simple, sans perte de connaissance, avec contusion du crâne, distorsion de la colonne cervicale et contusion de l'omoplate droite; ce traumatisme a été à l'origine d'une incapacité de travail totale de l'assuré et a nécessité un traitement médical avec port d'une minerve et prescription de physiothérapie et d'antalgiques (rapport du 16 septembre 2009 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et rapport du 27 octobre 2009 de la Dresse M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, à E. \_\_\_\_\_, dossier CNA, pièces 7 et 15).

b) Cela étant, il est avéré que, lorsque la CNA a rendu sa décision du 15 février 2011, confirmée sur opposition le 11 avril 2011, l'état de santé de l'assuré était stabilisé et que ce dernier ne souffrait pas (ou plus) – contrairement à ce qu'il prétend – d'un déficit organique objectivable en relation avec l'accident survenu en 2009. A ce propos, il ressort des pièces du dossier que, malgré toutes les investigations médicales entreprises et en dépit des traitements instaurés, il n'a pas été possible au corps médical d'objectiver les troubles et douleurs dont se plaint l'assuré.

En effet, parmi les nombreux examens auxquels s'est soumis l'assuré, une IRM de la colonne cervicale n'a mis en évidence aucune pathologie particulière (rapport du 10 septembre 2009 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, dossier CNA, pièce 8). En outre, suite à un bilan ophtalmologique lors duquel fut suspectée une insuffisance vertébro-basilaire post traumatique (rapport du 12 octobre 2009 du Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, dossier CNA, pièce 25), une IRM cérébrale et une angio-IRM cérébrale et cervicale se sont révélées être dans les limites de la norme (rapport du 12 octobre 2009 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, dossier CNA, pièce 24).

Par ailleurs, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a confirmé qu'aucune lésion organique importante ne semblait être mise en évidence par les divers examens effectués; il a évoqué l'hypothèse de micro-déchirures de la musculature qui n'expliqueraient cependant pas l'ensemble de la symptomatologie de son patient (rapport du 4 janvier 2010, dossier CNA, pièce 30).

Pour sa part, le médecin d'arrondissement de la CNA a relevé que les examens paracliniques radiologiques n'avaient pas permis de mettre en évidence de lésions musculo-tendino-squelettiques de la région occipitale haute; il n'est pas arrivé à objectiver d'éléments physiques (rapport du 21 janvier 2010 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, dossier CNA, pièce 31).

A cela s'ajoute que l'assuré a fait l'objet d'un bilan neurologique. A ce propos, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a constaté que les neurographies sensitivomotrices étaient tout à fait normales et n'a pu mettre en évidence d'étiologie claire aux différentes plaintes alléguées par son patient (rapports du 8 avril 2010 et du 3 mai 2010, dossier CNA, pièces 56 et 59).

En outre, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a observé que, sur le plan vestibulaire, l'examen otoneurologique ne montrait pas de déficit organique permettant d'expliquer la symptomatologie de l'assuré (rapport du 14 mai 2010, dossier CNA, pièce 63). Son avis est partagé par le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, chirurgie cervico-faciale, allergologie, immunologie clinique et médecine du travail, de la division médecine du travail de la CNA, lequel a confirmé l'impossibilité de mettre en évidence, sur le plan oto-rhino-laryngologique, une lésion structurelle organique qui pourrait expliquer les sensations vertigineuses subjectives de l'assuré (appréciation médicale du 3 août 2010, dossier CNA, pièce 72).

De même, le médecin traitant de l'assuré a notamment posé le diagnostic de vertiges et trouble de l'équilibre persistant sans atteinte organique démontrée (rapport du 2 novembre 2010 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, dossier CNA, pièce 95). Il a confirmé l'absence de lésion visible sur les différentes imageries médicales pratiquées ainsi que la normalité des examens pratiqués à la Clinique, tout en précisant que cela n'excluait pas le fait que les souffrances de son patient soient la conséquence de l'accident (rapport du 3 mars 2011, dossier CNA, pièce 110).

Lors de son bilan final, le médecin d'arrondissement de la CNA n'a fait que confirmer les conclusions des précédents rapports précités, à savoir le fait qu'*"objectivement, aucune consultation, examen spécialisé ou examen para-clinique n'a mis en évidence quelque lésion somatique que ce soit. Aucun traitement n'a démontré la moindre efficacité"* (rapport du 27 janvier 2011 du Dr J.\_\_\_\_\_, dossier CNA, pièce 104).

c) Bien qu'il est indéniable, comme démontré ci-dessus, que l'assuré ne souffre pas (ou plus) d'un déficit organique objectivable en relation avec son accident de 2009, il n'en demeure pas moins que les renseignements médicaux figurant au dossier permettent d'établir clairement que

les troubles non objectivables présents chez ce dernier doivent être considérés comme appartenant, du moins en partie, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crano-cérébral.

En effet, en sus des douleurs que l'assuré a ressenties au niveau de la nuque et de la colonne cervicale (rapport du 16 septembre 2009 du Dr L. \_\_\_\_\_ et rapport du 27 octobre 2009 de la Dresse M. \_\_\_\_\_, dossier CNA, pièces 7 et 15), les renseignements cliniques et les plaintes de l'assuré recueillis dans les suites immédiates de l'accident font état notamment de maux de tête, de vertiges, de troubles de la concentration et de la mémoire, de nausées et de troubles de la vue. C'est ainsi qu'en particulier, le Dr O. \_\_\_\_\_ expliquait que, *"suite à ce traumatisme, le patient se plaint de céphalées en augmentation constante avec trouble de l'équilibre et parfois des épisodes de nausées, vomissements ainsi que des troubles visuels sous forme de myodesopsies qui sont augmentées lors de la mobilisation du rachis cervical"* (rapport du 12 octobre 2009, dossier CNA, pièce 25). Son appréciation se recoupe d'ailleurs avec celle du Dr Q. \_\_\_\_\_, lequel notait que l'assuré *"se plaint de céphalées occipitales irradiant jusqu'au vertex et de mouches volantes devant les yeux. Il se plaint de perte d'équilibre en se levant mais sans nouvelle chute"* (rapport du 4 janvier 2010, dossier CNA, pièce 30). Pour sa part, le médecin d'arrondissement de la CNA retenait un *"status post-distorsion cervicale et choc de la région occipitale haute avec céphalées en étaiu persistante, vertiges et visions formées de petits points noirs mouvant"* (rapport du 21 janvier 2010 du Dr R. \_\_\_\_\_, dossier CNA, pièce 31).

A cela s'ajoute que l'assuré a effectué un bilan neuropsychologique: *"cet examen neuropsychologique, réalisé chez un patient collaborant et adéquat, se plaignant de douleurs importantes, met en évidence essentiellement un ralentissement modéré à différentes épreuves chronométrées (épreuves continues verbales, attention visuelle soutenue, attention divisée). S'y associent des déficits mnésiques verbaux modérés à sévères affectant la reconnaissance et le rappel libre différé alors que l'apprentissage est préservé. S'y associe un déficit modéré d'inhibition verbale à une épreuve spécifique en l'absence d'autres déficits exécutifs. (...). Les céphalées, ressenties comme très intenses, ne permettent vraisemblablement pas une allocation optimale des ressources attentionnelles. (...). En fin de séjour, le patient ne se plaint plus d'importants troubles cognitifs mais relève cependant la persistance de vertiges, de douleurs et de difficultés visuelles qui limitent ses capacités de concentration"* (rapport d'examen neuropsychologique des 10 et 15 mars 2010 du psychologue W. \_\_\_\_\_, spécialiste FSP en neuropsychologie, dossier CNA, pièce 54).

En outre, sur le plan oto-rhino-laryngologique, le Dr S. \_\_\_\_\_ a retenu, entre autres diagnostics, ceux de cervicalgies persistantes, de céphalées tensionnelles persistantes, de vertiges d'origine indéterminée, d'hypoacousie gauche, de troubles visuels (myodesopsies) et de paresthésies des mains sans corrélation électrophysiologique (rapport du 3 mai 2010, dossier CNA, pièce 56).

Enfin, lors de son bilan final, le médecin d'arrondissement de la CNA a relaté que, *"subjectivement, le patient se sent totalement invalidé par des céphalées occipitales constantes avec épisodes de paroxysme, des points noirs devant les yeux, que ses yeux soient ouverts ou fermés, et des vertiges parfois très intenses"* (rapport du 27 janvier 2011 du Dr J. \_\_\_\_\_, dossier CNA, pièce 104).

d) Il découle de ce qui précède qu'en présence du tableau clinique décrit ci-dessus, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident de 2009 et l'incapacité de travail ou de gain consécutive doit en principe être reconnue. Cette question n'est toutefois pas décisive dans le

cas particulier dans la mesure où le lien de causalité adéquate entre ledit accident et les troubles dont continue de souffrir l'assuré fait défaut, comme il sera démontré ci-après.

e) Il sied de relever que les troubles qui continuaient d'affecter l'assuré et qui, comme exposé ci-dessus, sont à attribuer au tableau clinique du traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, du traumatisme analogue à la colonne cervicale ou du traumatisme craniocérébral, se trouvaient toujours au premier plan lorsque la CNA a rendu sa décision du 15 février 2011, confirmée sur opposition le 11 avril 2011. Sur ce point, on relèvera que, lors de son séjour à la Clinique en 2010, l'assuré a été le sujet d'un consilium psychiatrique qui n'a révélé aucune pathologie particulière d'ordre psychique. En effet, selon la Dresse X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, *"l'humeur est normale, avec absence de signes d'anxiété. Il n'y a pas d'éléments pour un état de stress post traumatique, un trouble psychotique ou un trouble manifeste de la personnalité (...). A l'exception d'un vécu assez traumatisant de son accident et de la prise en charge initiale, ainsi que d'une situation économique précaire, je n'ai pas mis en évidence d'autres facteurs expliquant l'absence d'évolution"* (rapport du 15 avril 2010, dossier CNA, pièce 55). Ce constat ne semble au demeurant pas remis en cause par l'assuré: ce dernier allègue en effet souffrir non pas de problèmes psychiatriques mais, bien au contraire, de lésions cérébro-organiques et d'autres séquelles somatiques.

Il s'ensuit que l'examen du lien de causalité adéquate entre l'accident du 27 août 2009 et les troubles persistant au moment déterminant de la décision litigieuse du 15 février 2011, confirmée sur opposition le 11 avril 2011, doit se faire à la lumière des critères particuliers développés par la jurisprudence (cf. consid. 2e ci-dessus) pour les cas de traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme craniocérébral.

f) En l'occurrence, au regard de la casuistique relative à des chutes d'une certaine hauteur (cf. notamment arrêt précité 8C\_420/2013 consid. 7.1 et les références citées), force est de constater, préalablement, qu'il n'y a manifestement pas de motif de s'écarter du point de vue – à juste titre non contesté – de l'autorité intimée, selon lequel l'accident doit être classé tout au plus à la limite inférieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne.

Cela étant, la CNA a considéré qu'aucun des critères jurisprudentiels n'était en l'espèce réuni et que, tout au plus, l'assuré aurait pu se prévaloir éventuellement des douleurs alléguées ou de l'incapacité de travail. Cette appréciation n'est en tout cas pas critiquable.

aa) En effet, premièrement, lors de l'accident de travail du 27 août 2009, l'assuré a glissé et chuté d'un toit d'une hauteur d'environ 1.80 mètres, avec heurts de l'occiput, de la nuque et du dos, et a subi un traumatisme crânien. Il a été transporté en ambulance à l'Hôpital Y. \_\_\_\_\_ d'où il est ressorti le même jour. Cette description de l'accident et des circonstances qui l'entourent ne permettent à l'évidence pas d'admettre que ledit accident aurait revêtu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant au sens où l'entend la jurisprudence.

bb) Ensuite, s'agissant de la gravité et de la nature des lésions en cause, l'assuré a été victime d'un traumatisme crânien simple, sans perte de connaissance, avec contusion du crâne, distorsion de la colonne cervicale et contusion de l'omoplate droite. Il n'a pas subi d'intervention chirurgicale. Selon l'expérience, un tel diagnostic ne saurait être qualifié de lésions particulièrement graves, d'autant plus que les différents examens par imagerie (IRM) réalisés en 2009 n'ont mis en évidence aucune séquelle organique consécutive à l'accident. Pour le reste, le

fait que le recourant présente une symptomatologie typique d'un traumatisme de type "coup du lapin" ne suffit pas, en soi, à conclure que les troubles dont il continue de souffrir répondent au critère de gravité particulière exigée par la jurisprudence.

cc) En outre, l'assuré a séjourné un peu plus d'un mois à la Clinique en 2010 pour y effectuer un bilan multidisciplinaire et une rééducation. Son traitement médical s'est résumé, pour l'essentiel, au port d'une minerve, au suivi de séances de physiothérapie et à la prise d'antalgiques. A sa sortie de la Clinique, un programme d'exercices à domicile ainsi que des exercices de renforcements musculaires dans un fitness lui ont été préconisés comme suite thérapeutique. Il est dès lors patent que le caractère pénible et spécifique de l'administration prolongée d'un traitement médical ne saurait être retenu en l'espèce.

dd) Par ailleurs, le dossier ne fait mention d'aucune erreur médicale. A ce sujet, il convient de préciser qu'au terme de la procédure pénale contre le Dr J.\_\_\_\_\_, l'autorité pénale compétente a considéré que ce dernier n'avait pas violé les règles de l'art en effectuant une percussion sur la colonne cervicale de l'assuré (cf. arrêt du 20 février 2013 de la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal vaudois, consid. 3.4, produit par l'autorité intimée). Plus précisément, l'examen médical réalisé le 27 janvier 2011 par le Dr J.\_\_\_\_\_ a eu pour principale conséquence, semble-t-il, une augmentation passagère des douleurs alléguées par l'assuré. Il ne saurait toutefois être constitutif d'un accident causé lors d'un traitement médical au sens de l'art. 6 al. 3 LAA. Dans ces circonstances, force est de constater que les événements du 27 janvier 2011 ne répondent pas à la notion d'accident ou de rechute et que le critère d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident n'est en l'occurrence manifestement pas rempli.

ee) Enfin, en dépit des traitements proposés ou mis sur pied, les différents médecins consultés n'ont pas pu constater d'évolution de la symptomatologie appartenant au tableau clinique d'un traumatisme de type "coup du lapin" ou analogue. Cette constatation ne suffit cependant pas à reconnaître que l'assuré aurait dû faire face à des difficultés particulières ou de lourdes complications en cours de guérison.

ff) Seuls pourraient dès lors entrer en ligne de compte le critère de l'intensité des douleurs et celui de l'importance de l'incapacité de travail.

S'agissant des douleurs, l'assuré se plaint en particulier de céphalées ainsi que de douleurs au niveau de la nuque et de la colonne cervicale, accompagnées de vertiges, de troubles de la vue (points noirs devant les yeux), de la concentration et de la mémoire, ainsi que de nausées et de paresthésies des mains. D'après la jurisprudence, on ne saurait toutefois déduire de cette seule énumération que les douleurs subies par ce dernier remplissent le critère d'intensité requise (cf. Tribunal fédéral, arrêt non publié G. [8C\_55/2013] du 07.01.2014 consid. 4.5.5; ATF 134 V 109 consid. 10.2.4).

En ce qui concerne l'incapacité de travail, l'assuré a été mis au bénéfice d'une incapacité de travail totale continue à partir du 27 août 2009, date de l'accident. Il a ensuite recouvré sa capacité de travail dès le 26 avril 2010, a repris une activité professionnelle puis a été mis à nouveau en arrêt de travail dès le 27 juillet 2010 en raison d'une rechute. Il a enfin revendiqué le droit aux indemnités de chômage, comme demandeur d'emploi, à compter du 23 février 2011. Il a ensuite retrouvé un emploi – semble-t-il adapté à sa symptomatologie – en qualité d'aide de réviseur de citernes (cf. attestation de l'employeur du 2 décembre 2013 produite lors de l'audience du 9 octobre 2014). On peut dès lors reconnaître que l'assuré a démontré avoir fourni des efforts sérieux pour reprendre une activité par la suite.

Quoi qu'il en soit, même en admettant, en faveur du recourant, que le critère de l'importance de l'incapacité de travail, voire celui de l'intensité des douleurs soient remplis, ceux-ci ne suffisent de toute façon pas, à eux seuls, à admettre l'existence du lien de causalité adéquate examiné ici, étant rappelé que quatre critères au moins doivent être réunis en cas d'accident de gravité moyenne se situant à la limite des accidents de peu de gravité.

g) De ce qui précède, il résulte que, lorsque la décision litigieuse du 15 février 2011, confirmée sur opposition le 11 avril 2011, a été rendue par la CNA, le lien de causalité adéquate entre l'accident du 27 août 2009 et les troubles encore présents chez l'assuré faisait défaut, étant donné que les critères requis par la jurisprudence pour reconnaître un tel lien n'étaient – du moins en quantité – pas réalisés.

h) Vu ces constatations, force est d'admettre que les pièces au dossier se révélaient suffisantes pour permettre à la CNA de statuer en pleine connaissance de cause, sans que l'administration d'autres preuves ne s'impose. Il n'y a dès lors pas lieu d'accueillir le grief du recourant selon lequel l'autorité intimée aurait dû mettre en œuvre un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, expertise dont il demande à l'autorité de recours d'ordonner la mise sur pied dans le cadre de la présente procédure. Il ne s'impose pas non plus de requérir la production du dossier pénal ayant abouti au classement de la procédure ouverte contre le Dr J.\_\_\_\_\_.

On relèvera en outre ici que les critiques émises par le recourant à l'encontre du Dr J.\_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à mettre en cause la valeur probante du rapport établi par ce dernier le 27 janvier 2011. En effet, la Cour constate que ce médecin a eu connaissance de l'ensemble du dossier médical dont font notamment partie les rapports des médecins traitants et ceux de la Clinique. Il a procédé à un examen personnel de l'assuré qui s'est déroulé dans les règles de l'art (cf. arrêt du 20 février 2013 de la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal vaudois, consid. 3.4, produit par l'autorité intimée). Ledit médecin a en outre décrit les antécédents et recueilli les plaintes de l'assuré. Enfin, ses conclusions sont claires et motivées; bien qu'émanant d'un médecin interne à l'assurance, elles ne sont manifestement pas susceptibles d'être remises en cause, sur les points litigieux importants, par l'opinion des médecins traitants de l'assuré, le Dr V.\_\_\_\_\_ (rapports du 31 août 2010, du 2 novembre 2010 et du 3 mars 2011, dossier CNA, pièces 81, 95 et 110) et le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale (rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2010, dossier CNA, pièce 80).

Par ailleurs, force est de constater que l'ensemble des autres pièces médicales figurant au dossier et émanant de différents spécialistes – en neurologie, neuropsychologie, chirurgie orthopédique, radiologie, ophtalmologie, otorhinolaryngologie et psychiatrie – étaient en soi déjà largement suffisantes pour permettre à l'autorité intimée, respectivement à la Cour céans, de statuer en pleine connaissance de cause. La décision du 15 février 2011, confirmée sur opposition le 11 avril 2011, doit ainsi être lue non seulement à la lumière de l'appréciation du médecin interne à l'assureur-accidents, mais aussi et surtout en référence à l'ensemble des pièces médicales du dossier.

i) Il sied de relever ici que, lors des débats publics du 9 octobre 2014, l'assuré a allégué pour la première fois, dans le cadre de la présente procédure de recours, avoir chuté dans sa douche le 27 juillet 2010.

aa) En effet, les pièces du dossier font certes état d'une rechute – en lien avec l'accident du 27 août 2009 – qui a débuté le 27 juillet 2010. Elles ne mentionnent cependant aucun nouvel événement accidentel en tant que tel qui se serait produit sous la douche à cette dernière date.

En particulier, la déclaration de sinistre du 11 août 2010 (dossier CNA, pièce 79) ne fait qu'indiquer une *"rechute concerne accident chez l'entreprise C. \_\_\_\_\_ SA"* avec, comme date de référence au sinistre initial, celle du 27 août 2009. Elle ne fait pas non plus état de lésions nouvelles autres que celle, déjà existante, d'un traumatisme crânien.

Pour sa part, le Dr Z. \_\_\_\_\_ expose que son patient *"[lui] a expliqué que depuis son accident, il a de fréquents malaises et vertiges. Il vient à nouveau de chuter à cause de cela et c'est pour cette raison qu'[il l'a] mis en incapacité de travail du 27.08.2010 au 3.08.2010"* (rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2011, dossier CNA, pièce 80). Quant au Dr J. \_\_\_\_\_, il retient la date du 27 juillet 2010 comme étant celle *"à laquelle [l'assuré] a été remis à l'arrêt de travail complet, suite à une chute dans la douche en raison d'un épisode paroxystique de vertiges"* (rapport du 27 janvier 2011, dossier CNA, pièce 104).

bb) Il résulte de ce qui précède que l'assuré n'a pas rendu plausible, au degré de vraisemblance requis, l'existence de nouvelles lésions consécutives à sa chute, respectivement à sa rechute du 27 juillet 2010, autres que celles, sans substrat organiques, déjà investiguées au préalable.

Seul peut dès lors être retenu que la rechute du 27 juillet 2010 a eu pour conséquence une aggravation des douleurs de l'assuré et de sa symptomatologie propres au tableau clinique d'un traumatisme cranio-cérébral, et qu'elle lui a provoqué une nouvelle incapacité de travail passagère médicalement attestée.

Dans ces circonstances, la rechute du 27 juillet 2010 ne commandait pas la mise en œuvre de nouvelles mesures d'instruction sur le plan médical, étant rappelé que l'autorité intimée a de toute façon accepté de recommencer à prester en raison de celle-ci.

4. Compte tenu de ce qui précède et sans ignorer pour autant les souffrances vécues par l'assuré, force est de constater que c'est à juste titre que la CNA a mis un terme au versement des prestations d'assurance avec effet au 15 février 2011, faute de lien de causalité adéquate entre l'accident du 27 août 2009 et les troubles dont il continuait de souffrir au moment de la décision du 15 février 2011, confirmée sur opposition le 11 avril 2011.

Partant, le recours du 26 mai 2011, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 11 avril 2011 confirmée.

a) En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

b) Conformément aux art. 142 ss du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RS 150.1) et au Tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), le mandataire du recourant peut prétendre ici à une indemnité en sa qualité de défenseur d'office.

Compte tenu de sa liste de frais déposée le 14 octobre 2014, du temps consacré à l'affaire ainsi que de la difficulté et de l'importance relatives du litige, il se justifie de fixer celle-ci à 1'728 francs, soit 9.6 heures à 180 francs/heure (art. 12 al. 1<sup>bis</sup> Tarif/JA), plus 12 francs de débours et 139 fr. 20 au titre de la TVA à 8%, soit à un total de 1'879 fr. 20, et de la mettre intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg.

## la Cour arrête:

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- III. L'indemnité allouée à Me Jean-Michel Duc, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à 1'728 francs, plus 12 francs de débours et 139 fr. 20 au titre de la TVA à 8%, soit à un total de 1'879 fr. 20, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg.
- IV. Communication.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

*Fribourg, le 14 novembre 2014/avi*

Présidente

Greffier-rapporteur