

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 août 2015

Composition : Mme DESSAUX, présidente

Mme Pasche et M. Merz, juges

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par
Me Alexandre Guyaz, avocat, à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat, à Lausanne.

Art. 6 LAA.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1976, a été employé en qualité d'assistant-doctorant auprès du Laboratoire d'hydrologie et aménagement de l'Ecole C. _____ et, à ce titre, assuré contre les accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) lorsqu'il a été victime d'un accident de la circulation le 31 août 2006, vers 22h40, en ville de Lausanne.

Plus exactement, il circulait normalement, à 50 km/h environ, au guidon d'un scooter, coiffé d'un casque, et s'est fait couper la route par un automobiliste survenant en sens inverse, lequel obliquait à gauche et était débiteur de la priorité. L'avant du scooter a heurté le côté droit de la voiture. L'assuré et son passager ont chuté. Le passager s'est aussitôt relevé, alors que l'assuré est resté étendu au sol.

Selon les déclarations de l'assuré à la police en date du 12 septembre 2006, il a heurté la voiture de la tête, puis du flanc gauche, avant de perdre connaissance quelques instants.

Une agente de police en civil, D. _____, est aussitôt intervenue. Elle a fait appel aux secours. Les ambulanciers, présents sur place dès 22h44, ont mentionné un « Glasgow de score 15 » pendant toute la durée des opérations.

B. Souffrant d'une « luxation postérieure de la hanche gauche », d'une « fracture sous-capitale de l'humérus proximal gauche » et de « multiples dermabrasions du genou gauche et de la cuisse droite », l'assuré a tout d'abord été hospitalisé au Centre hospitalier F. _____ où ont été pratiquées en date du 1^{er} septembre 2006 une réduction fermée de la hanche gauche, ainsi qu'une réduction ouverte et une ostéosynthèse par plaque de l'humérus

proximal. L'assuré a été transféré à la Clinique G. _____ le 11 septembre 2006 où il a séjourné jusqu'au 2 novembre 2006.

Le passager, souffrant de contusions au bras gauche et au dos ainsi que de troubles de la vision, a reçu des soins ambulatoires.

Le cas a été pris en charge par la CNA.

C. Ni le rapport des ambulanciers, ni le dossier ou les rapports des médecins traitants de l'assuré au Centre hospitalier F. _____ ou à la Clinique G. _____ ne font état de « lésions crânio-cérébrales », ni de « trouble ou déficit neurologique », ou encore de « céphalées ».

Il ressort en revanche du rapport de sortie du 13 novembre 2006 de la Clinique G. _____, signé des Drs H. _____ et J. _____, respectivement médecin-chef de service et médecin-assistante, que l'évolution était favorable, en l'absence de problème particulier. L'assuré avait bénéficié de consultations régulières en relation avec sa pathologie orthopédique et de la prescription de séances de physiothérapie à sa sortie, lesquelles ont duré de fait jusqu'au début 2009.

L'assuré a par ailleurs consulté la psychologue M. _____ dès le 24 novembre 2006.

L'incapacité de travail de l'assuré, attestée en l'occurrence par le Dr K. _____, médecin assistant auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier F. _____, a été de 100% jusqu'au 30 novembre 2006, puis de 50% dès le 1^{er} décembre 2006, avec reprise du travail à 100% dès le 12 février 2007.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale a été pratiquée le 13 février 2007, motivée par l'indication d'une part d'un

status après traumatisme crânien en août 2006, d'autre part de trois épisodes d'absence. L'IRM cérébrale s'est révélée « dans les limites de la norme », sans que ne soit décelée de « lésion post-traumatique ».

A la demande de son médecin traitant, la Dresse L._____, l'assuré a été examiné par le Dr N._____, spécialiste en neurologie, lequel a pratiqué un examen neurologique et électro-encéphalographique. Dans son rapport du 5 mars 2007, ce praticien a posé les diagnostics de « syndrome post-traumatique modéré avec troubles de la mémoire et de la concentration », de « rupture de contact probablement d'origine post-traumatique », et de « status post accident de scooter en août 2006 avec luxation de la hanche et fracture sous-capitale de l'humérus gauche ». Il a relevé l'existence de quelques signes d'un état de stress antérieur au 31 août 2006. L'accident était à l'origine d'un probable traumatisme crânien amorti par le port du casque. Depuis lors, l'assuré présentait une symptomatologie de troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention, assortis de trois épisodes décrits comme des « déconnexions de sa conscience ». Ces événements d'une courte durée n'avaient pas déclenché une chute ou une absence de réaction suffisamment longue pour être perçus de son entourage. Le status neurologique était parfaitement en ordre. Une origine épileptique des ruptures de conscience était improbable. Le Dr N._____ remarquait enfin que dans la pratique quotidienne, beaucoup de patients avec des syndromes post-traumatiques présentaient des moments de déconnexion de leur conscience, soit liée aux troubles d'attention, soit lors d'épisodes de surcharge de stimulation neurosensorielle. Il renonçait à la prescription d'un traitement anti-épileptique prophylactique mais suggérait, en cas de récurrence, une tentative de thérapie ex-juvantibus.

A l'issue d'un rapport établi le 8 mars 2007 par le Dr K._____, l'assuré présentait toujours des « douleurs ponctuelles antérieures de l'épaule gauche » et des « douleurs de la hanche gauche lors des mouvements de rotation interne et de flexion ».

Aux termes d'un rapport du 22 mai 2007, le Dr P._____, médecin associé auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier F._____, a mentionné une amélioration de la symptomatologie de la hanche gauche, tout en relevant que l'arthro-IRM révélait une « lésion de stade IIA du labrum antéro-supérieur dans le cas d'un conflit fémoro-acétabulaire décompensé par la luxation ».

Dans un rapport du 6 novembre 2007, la psychologue M._____ a relaté les différents troubles évoqués par l'assuré à la faveur de sa première consultation, soit des difficultés à l'endormissement avec des flash-back se rapportant à l'accident, des cauchemars avec réveil nocturne fréquent, des douleurs à l'épaule contribuant à ces troubles du sommeil, des troubles phobiques (diminution de la vie sociale avec repli sur lui-même), des sentiments liés à la lignée dépressive, tels que des sentiments d'abandon, des troubles de la concentration et de la mémorisation, un sentiment de n'avoir plus d'emprise sur sa vie et une fatigabilité. Elle a posé le diagnostic de « PTSD [réd. : syndrome de stress post-traumatique] ». Au terme de sa prise en charge, soit en date du 24 septembre 2007, les troubles liés à cette atteinte avaient diminué. En revanche, les troubles d'attention, de concentration et de mémorisation n'avaient pas complètement disparu et le pronostic était réservé s'agissant de ces difficultés intellectuelles.

D. A l'initiative de son médecin-conseil, la CNA a mis en œuvre un examen neuropsychologique, confié à la Prof. Q._____, du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier F._____. Le rapport d'examen corrélatif du 25 février 2008, signé, outre de la Prof. Q._____, des psychologues associée et stagiaire X._____ et Z._____, a retenu des perturbations de la mémoire de travail associées à des performances pouvant fluctuer en cours d'examen, ainsi que des plaintes de type post-traumatique. Au vu de ces plaintes et des troubles constatés, il était proposé un bilan d'évolution dans les trois mois subséquents.

Dans cette perspective, le conseil de l'assuré, Me Alexandre Guyaz, a requis en date du 10 juin 2008 qu'il soit tenu compte lors de la passation des prochains tests, des capacités de mémoire, d'apprentissage et de concentration au-dessus de la moyenne dans le cas de son client, dits tests devant être adaptés à ses compétences professionnelles et vérifier ses facultés en langue anglaise orale et écrite.

A l'issue un rapport de consultation du 2 mai 2008, le Dr P._____ a préconisé la poursuite par l'assuré de ses exercices musculaires de façon autonome et, au vu de la persistance d'une gêne lombaire, une consultation auprès du Dr R._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, pour une prise en charge globale et un rééquilibrage lombo-pelvien en l'absence d'amélioration de cette problématique après physiothérapie.

Le deuxième examen neuropsychologique a eu lieu le 23 juin 2008. Selon le rapport correspondant rédigé par la Prof. Q._____, la psychologue X._____ et la psychologue stagiaire Z._____, dit examen mettait en évidence des troubles de la mémoire de travail sévères, une dysfonction exécutive et des troubles attentionnels importants s'inscrivant probablement dans le contexte de signes de la lignée dépressive, voire anxio-dépressive. Par rapport à l'examen précédent, il était constaté la persistance des troubles de la mémoire de travail, ainsi que l'apparition d'une dysfonction exécutive et de troubles attentionnels importants. Les auteurs du rapport suggéraient l'introduction d'un traitement médicamenteux et un nouveau bilan à trois mois.

Le Dr R._____ a examiné l'assuré et communiqué son rapport détaillé le 18 octobre 2008. Il a relevé l'existence de « coxalgies gauches résiduelles probablement sur atteinte cartilagineuse expliquant la composante douloureuse lors des mises en contrainte articulaire ». La restriction de mobilité de l'assuré était en rapport avec un « remaniement capsulo-ligamentaire résiduel, ayant certainement contribué à la sursollicitation de l'axe lombaire ». Néanmoins, cette problématique réactionnelle secondaire avait très bien réagi aux divers traitements de

thérapie manuelle de telle sorte que l'on ne pouvait incriminer une pathologie vertébrale. Il subsistait au niveau de l'épaule une « dysharmonie fonctionnelle du complexe scapulo-huméral pouvant expliquer la persistance d'une souffrance myo-fasciale ». Les séquelles de capsulite rétractile de l'épaule avaient été en grande partie corrigées. Il subsistait surtout une modeste restriction de mobilité limitant l'assuré dans certaines activités sportives et également dans les tâches exécutées le bras au-dessus de l'horizontale.

Un troisième examen neurologique auprès du Service de neuropsychologie et neuro-réhabilitation s'est déroulé le 23 octobre 2008. Du rapport du même jour, signé de la Prof. Q._____, ainsi que des psychologues adjointe et assistante X._____ et Y._____, il ressort qu'en comparaison aux résultats de l'examen précédent, les performances étaient globalement superposables vu la persistance de troubles sévères de la mémoire de travail, des signes de dysfonction exécutive et des troubles attentionnels chez un patient ralenti, fatigable et présentant des plaintes de type post-traumatique. Il existait une probable symptomatologie anxieuse, déjà évoquée précédemment. L'assuré s'opposait à un traitement anxiolytique, ce qu'il a contesté ultérieurement sous la plume de son avocat. Un examen spécialisé auprès d'un médecin psychiatre était préconisé.

E. La CNA a établi une décision le 27 octobre 2008, refusant à l'assuré l'allocation d'une indemnité journalière pour le retard subi dans son travail de thèse, ce travail ne devant à son sens pas être considéré comme une véritable formation professionnelle, mais un perfectionnement ou une spécialisation.

Cette décision a été confirmée suite à l'opposition de l'assuré du 4 novembre 2008, par décision sur opposition du 29 décembre 2008, entrée en force faute de recours à son encontre.

Par décision du 11 février 2009, la CNA a refusé l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité au motif qu'il n'existait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique ou mentale de l'assuré. Elle a au surplus mis un terme à ses prestations avec effet à la date de cette seconde décision, les troubles, tant neuropsychologiques et/ou psychiques présentés par l'assuré, n'étant de son point de vue pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 31 août 2006.

L'assuré, représenté par son conseil, s'est opposé à cette décision le 13 mars 2009, concluant à son annulation et à la reprise de l'instruction, notamment à la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique.

F. La CNA a mandaté son médecin-conseil, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins d'examen psychiatrique de l'assuré. Du rapport corrélatif du 3 septembre 2009, il ressort que l'assuré a fait état principalement de plaintes de troubles anxieux sous forme de blocage en cas de stress et d'incapacité de retenir ce qui lui était dit et répondu. Il se plaignait également de difficultés de planification temporelle. Il ne présentait ni troubles du sommeil notables, ni troubles de l'appétit ou de l'alimentation, ni phobies spécifiques, ni troubles cognitifs notables. Enfin, il n'existait aucun signe d'une symptomatologie psychotique positive telle qu'idées délirantes ou hallucinations, ni négative telle qu'apragmatisme ou perplexité. Dans son appréciation finale, le Dr S._____ observait que l'assuré présentait des plaintes d'angoisse dans les situations de stress avec des phénomènes de déconnexion qui pourraient évoquer un trouble dissociatif. Ces troubles demeuraient transitoires et n'atteignaient donc pas un seuil diagnostique. Il excluait des troubles psychiques séquellaires en relation de causalité naturelle avec l'accident et considérait que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail sans aucune restriction du point de vue psychiatrique.

Dans un rapport médical intermédiaire du 10 octobre 2009, le Dr R._____ a notamment confirmé les diagnostics de « coxalgies

gauches résiduelles et de dysharmonie fonctionnelle gléno-humérale gauche résiduelle ». Il a précisé que la physiothérapie avait été interrompue en raison de l'absence de progrès, qu'un dommage permanent existait sous la forme d'une restriction fonctionnelle douloureuse de la hanche gauche, n'excluant pas un remaniement structurel ultérieur, et que les répercussions de dysharmonie fonctionnelle au niveau de l'épaule étaient moindres.

Par avis du 8 décembre 2009, le Dr S. _____ a souligné qu'en l'absence de trouble psychique, les troubles neuropsychologiques ne pouvaient se voir reconnaître une origine psychiatrique. Il préconisait par ailleurs une expertise neuropsychologique.

En date du 16 mars 2010, la CNA a requis le Service de neuropsychologie du Centre hospitalier F. _____ de se prononcer sur « l'étiologie des éventuels troubles neuropsychologiques » et la probabilité de leur relation de causalité avec l'accident du 31 août 2006. Elle lui a également soumis un questionnaire du 22 mars 2010, déposé spontanément par le conseil de l'assuré.

L'examen neuropsychologique a été effectué le 7 juin 2010. Le rapport correspondant, établi par la Prof. Q. _____ et la psychologue stagiaire O. _____, relate que l'assuré était collaborant, fatigable, et présentait des plaintes de type post-traumatique. L'examen mettait en évidence des troubles majeurs de la mémoire de travail et des difficultés à allouer l'attention à deux choses simultanément. L'évolution confrontée au précédent examen était favorable, notamment du fait de l'amendement de la dysfonction exécutive et du ralentissement, avec cependant la persistance des troubles en mémoire de travail et attentionnels en condition d'attention divisée. Sur le plan strictement neuropsychologique, la symptomatologie observée était à même de diminuer le rendement professionnel au vu de l'activité exercée.

Un rapport complémentaire de la Prof. Q._____, daté du 11 juin 2010, est venu répondre spécifiquement aux questions posées par l'assuré, en ces termes :

« [...] 1. Peut-on admettre selon un degré de vraisemblance prépondérante que, sans l'accident d'août 2006, les troubles actuellement constatés n'existeraient aujourd'hui pas, ou pas dans la même mesure ?

Plusieurs éléments parlent en faveur d'une relation causale entre l'accident du 31 août 2006 et les troubles constatés à notre évaluation neuropsychologique :

- Anamnestiquement, nous retenons que le patient avait un bon fonctionnement scolaire, d'étudiant et de doctorant avant cet accident. Tout particulièrement, son travail de thèse aurait bien avancé pendant les deux ans précédant l'accident tandis que les années après l'accident auraient été marquées par des difficultés d'avancer à la fois les travaux expérimentaux et le travail de recherche dus aux troubles neuropsychologiques.
- La première évaluation neuropsychologique effectuée 18 mois après l'accident a mis en évidence des troubles neuropsychologiques relativement importants qui se sont progressivement amendés jusqu'à la situation actuelle ; ceci est tout à fait compatible avec un amendement des troubles neuropsychologiques suite à un accident.
- Le profil des plaintes au questionnaire de suivi des TCC [réd. : traumatismes crânio-cérébraux] de Rivermead est relativement cohérent avec les séquelles d'un accident.
- L'accident du 31 août 2006 n'a pas été accompagné, à notre connaissance, d'une perte de connaissance et le Glasgow Coma Scale rapporté est de 15/15. Une IRM cérébrale a été effectuée six mois après l'accident (13 février 2007) et elle n'a pas montré de séquelles de lésions traumatiques. A noter, qu'à côté des troubles cognitifs, le patient se plaint de douleurs lombaires qu'il qualifie d'omniprésentes.

Dans ce contexte, nous estimons que les troubles cognitifs constatés sont très vraisemblablement liés à l'accident du 31 août 2006, leur ampleur pouvant avoir été accentuée par le syndrome douloureux qui lui, apparemment, est lié à l'accident.

2. Dans la mesure où vous estimeriez en réponse à la question de la SUVA que les troubles en question ne sont « plus en relation de causalité pour le moins probable » avec l'accident du 31 août 2006, quels sont pour vous les éléments qui vous permettent d'estimer qu'une autre cause est davantage probable que l'accident précité ?

Voir la réponse à la question 1.

3. Au vu de tous les éléments du dossier médical, peut-on admettre de manière générale que l'accident du 31 août 2006 est l'explication la plus probable aux troubles neuropsychologiques actuels ?

Dans le contexte décrit plus haut, il est très probable que les séquelles neuropsychologiques constatées à ce jour sont liées à l'accident
du

31 août 2006; leur aggravation par le syndrome douloureux et le cas d'un stress post-traumatique éventuel faisant aussi partie des séquelles de l'accident. [...] »

Sur requête de la CNA, le Dr T._____, spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, membre de la Division Médecine des assurances de la CNA, a procédé à une appréciation neurologique sur la base des éléments au dossier. Les conclusions de son rapport du 6 août 2010 sont notamment libellées comme suit :

« [...] En résumé, l'hypothèse d'une brève perte de connaissance immédiatement après l'accident du 31.8.2006 peut tout au plus être qualifiée de possible. L'hypothèse d'un traumatisme crânien de gravité supérieure à celle d'une contusion crânienne (MTBI [réd. : mild traumatic brain injury], catégorie 0 selon l'EFNS [réd. : European Federation of Neurological Societies] n'apparaît pas vraisemblable. Immédiatement après l'accident et lors des examens neurologiques qui ont suivi, aucune lésion organique ou structurelle du système nerveux central ou périphérique pouvant être appréciée comme séquelle vraisemblable de l'accident d'août 2006 n'a été constatée chez l'assuré.

Les déficits cognitifs subjectifs ou constatés sur le plan neuropsychologique ainsi que les anomalies psychiques ou psychiatriques ne peuvent pas être corrélés, d'un point de vue neurologique, avec des lésions cérébrales organiques ou structurelles dues à l'accident. Il n'est pas nécessaire de procéder à des examens neurologiques ou neuropsychologiques supplémentaires concernant les conséquences de l'accident ; de tels examens n'apporteraient pas la preuve de lésions organiques du système nerveux. Une expertise neurologique et/ou neuropsychologique de l'assuré n'apporterait aucun élément nouveau concernant les séquelles de l'accident. Aucune atteinte à l'intégrité physique (ou à l'intégrité psychique pour ce qui est des performances cognitives) notable et/ou durable imputable à l'accident du 31.8.2006 ne peut être constatée sur le plan neurologique ou neuropsychologique. Aucune conséquence neurologique ou neuropsychologique de l'accident ne justifie une limitation de la capacité de travail de l'assuré, en termes de capacité de rendement ou de temps de travail, dans son activité d'origine ou dans une activité alternative. »

Dans un dernier rapport du 13 novembre 2010, le Dr R._____ a confirmé les diagnostics antérieurs, relevé une restriction fonctionnelle douloureuse au niveau de l'épaule ainsi qu'une évolution défavorable au niveau de la hanche gauche laissant suspecter un conflit coxo-acétabulaire. Il a suggéré des investigations en conséquence dans la mesure où un tel conflit constitue une cause fréquente de la dégradation structurelle de la hanche.

En date du 17 décembre 2010, le Dr V._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen médical final eu égard aux atteintes somatiques. Il a estimé que la situation était globalement stabilisée, préconisant une ablation du matériel opératoire s'agissant de l'épaule et considérant que les douleurs lombaires étaient inhérentes à une insuffisance musculaire partiellement due à la diminution d'activité physique consécutive à l'accident. Cette insuffisance entraînait une limitation fonctionnelle sous la forme de la nécessité d'une alternance des positions assise et debout, cependant sans incidence sur l'exigibilité de la profession exercée, ni perte de rentabilité. Il suggérait la prise en charge de séances de physiothérapie et d'un abonnement de fitness pour une année. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'épaule, le Dr V._____ s'est fondé sur la table 1 des barèmes d'indemnisation et a retenu un taux de 10% pour une mobilité jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale, soit 120°. En ce qui concerne la hanche, il s'est basé sur la table 5 qui prévoit, pour une coxarthrose moyenne, un taux se situant entre 10 et 30% et a retenu, en lien avec une arthrose débutante, un taux de 5%. Il a encore réservé une augmentation de l'indemnité de 5-10% en raison de la probable dégradation de la coxarthrose.

La CNA a établi sa décision sur opposition le 14 octobre 2011, observant que les investigations médicales ne permettaient pas de documenter des troubles cérébraux organiques ou structurels en relation de causalité pour le moins vraisemblable avec l'accident du 31 août 2006. Elle s'est fondée notamment sur le rapport du Dr T._____, considéré comme partie intégrante de la décision. Admettant une lésion analogue à une distorsion cervicale par un mécanisme de type « coup du lapin » et l'existence de troubles appartenant partiellement au tableau clinique typique d'un tel traumatisme, lesquels persistaient sans cause organique démontrable, l'intimée a examiné le rapport de causalité adéquate sur la base de la jurisprudence développée aux ATF 117 V 359 et 134 V 109. Compte tenu d'un accident qualifié de moyenne gravité, elle a estimé que les critères jurisprudentiels n'étaient pas remplis dans leur plus grand nombre, ni que l'un ou plusieurs d'entre eux étaient remplis de façon

frappante. Le rapport de causalité adéquate faisant ainsi défaut, elle n'avait pas à prester pour ces troubles. Elle s'est au surplus appuyée sur les rapports des Drs T._____ et V._____ pour constater l'absence de limitation de la capacité de travail et a estimé vaine toutes investigations médicales complémentaires. S'agissant des atteintes somatiques, elle a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 16'020 fr. sur la base d'un taux de 15%, réservant l'allocation d'une indemnité supplémentaire en cas d'aggravation, réformant la décision du 11 février 2009 dans ce sens et la maintenant pour le surplus.

G. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée par acte du 15 novembre 2011, concluant à son annulation et à la reconnaissance de son droit à des prestations de l'assurance-accidents obligatoire au-delà du 11 février 2009, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. Il a fait valoir des constatations inexactes et incomplètes des faits pertinents, plus particulièrement que l'intimée avait retenu à tort l'absence de perte de connaissance après l'accident et qu'elle avait omis de prendre en compte et discuter les résultats des examens neuropsychologiques effectués par la Prof. Q._____, notamment la probabilité évoquée par celle-ci d'un lien entre l'accident et les séquelles neuropsychologiques, violant ainsi les règles applicables en matière d'appréciation des preuves. Le recourant a par ailleurs critiqué le rapport du Dr T._____ aux motifs que ce médecin « se fonde sur une appréciation sommaire et abusive des preuves en ce qui concerne le déroulement de l'accident et fonde son raisonnement sur des antécédents psychiatriques qui n'existent pas ». Il a estimé dite appréciation peu crédible, sujette à caution en tant qu'émanant d'un médecin interne à l'assurance. Il a dès lors considéré qu'il se justifiait de l'écarter au bénéfice des évaluations de la Prof. Q._____, dont le dernier rapport du 11 juin 2010 devait être assimilé à une expertise, à défaut de quoi, la mise en œuvre d'une expertise neurologique et neuropsychologique, voire psychiatrique, s'imposait. Du point de vue du recourant, les lésions neuropsychologiques étaient objectivables sur la base des rapports de la Prof. Q._____ de telle sorte qu'outre le lien de causalité naturelle, le lien

de causalité adéquate était également réalisé dans la mesure où il devait être constaté que selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident litigieux était propre à entraîner les troubles neuropsychologiques qu'il présentait. La jurisprudence retenue par l'intimée n'était donc pas pertinente et dans l'hypothèse contraire, une expertise neurologique et neuropsychologique aurait dû être ordonnée. Outre la mise en œuvre d'une telle expertise, le recourant a encore requis l'audition de l'agente de police témoin de l'accident.

Précédemment, soit le 8 novembre 2011, le recourant avait sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire, laquelle lui a été octroyée avec effet à cette même date par décision du 9 novembre 2011, en ce sens que Me Guyaz a été désigné en qualité d'avocat d'office de l'assuré.

Par réponse du 29 février 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours. Plus particulièrement, un rapport de causalité naturelle entre les troubles neuropsychologiques du recourant et l'accident lui paraissait douteux, en l'absence de toute lésion structurelle ou cérébrale, ainsi qu'au vu de plaintes difficilement perceptibles cliniquement. Elle avait nié l'existence d'un rapport de causalité adéquate en l'occurrence dans la mesure où il devait être examiné à l'aune des critères contenus dans l'arrêt fédéral contenu aux ATF 117 V 359.

Dans ses déterminations du 25 avril 2012, le recourant, renouvelant sa requête d'expertise, a rappelé la violence du choc subi lors de l'accident, se prévalant notamment sur ce point de la destruction de son casque, et fait valoir que ses performances avaient baissé à la suite de l'accident, ce qu'attestaient non seulement les rapports de la Prof. Q._____ mais encore son supérieur hiérarchique et co-directeur de thèse, W._____. Le recourant a produit différents documents à l'appui de ses arguments, soit notamment :

- un rapport d'expertise technique de l'assureur responsabilité civile, U._____, daté du 27 novembre 2006 faisant état d'un dommage total pour son scooter ;

- un décompte de ce même assureur responsabilité civile du 20 juillet 2007 comprenant le versement de 200 fr. pour le casque, dont la visière avait été endommagée ;
- une attestation de la psychologue M._____ du 8 novembre 2007 mentionnant le suivi de 10 séances entre novembre 2006 et septembre 2007 et confirmant qu'à cette date, le recourant ne présentait plus de troubles du sommeil, ni de troubles phobiques ou de troubles de la lignée dépressive, se sentait mieux, en dépit de difficultés de concentration et de mémorisation néanmoins encore présentes ;
- une attestation du 28 novembre 2007 établie par W._____ relevant chez le recourant une production scientifique « bien en-dessous » de celle réalisée avant l'accident ainsi que des troubles de concentration et de mémoire perturbant notablement l'avancement de ses travaux de recherche, lesquels entraînaient un retard dans la rédaction de sa thèse ;
- un courrier du 17 avril 2008 adressé par W._____ au conseil du recourant confirmant que l'accident et ses conséquences étaient à l'origine d'une forte perturbation de l'évolution de la thèse du recourant et du retard pris pour la finalisation de son travail de recherche.

En date du 5 novembre 2012, l'intimée a pris position sur l'écriture de la partie adverse et les pièces produites, relevant notamment que les capacités intellectuelles du recourant étaient réelles et intactes et qu'un ralentissement attentionnel ou des troubles de la concentration ne suffisaient pas à établir des lésions ou altérations structurelles et objectivables. Elle a maintenu ses conclusions, renvoyant pour le surplus à son mémoire de réponse.

Par acte du 27 novembre 2012, le recourant a contesté la prise de position de l'intimée et confirmé ses conclusions initiales.

Une audience d'instruction s'est tenue le 27 novembre 2013 au cours de laquelle a été entendue le témoin D._____. Elle a estimé entre 5 et 20 secondes le temps écoulé entre la collision et le moment où elle s'est trouvée aux côtés du recourant, à terre et dans un état qu'elle a qualifié de « sonné » sans qu'elle eût le souvenir d'avoir constaté une perte de conscience.

Le dossier de l'assureur responsabilité civile a été produit, les parties ayant bénéficié de l'opportunité de le consulter.

Par écrit du 21 février 2014, les parties ont été informées que la cause était prête à juger, un délai au 24 mars 2014 leur étant imparti pour la production d'éventuelles réquisitions. Le recourant a dès lors renouvelé sa requête d'expertise par écriture du 24 mars 2014.

A la demande de la juge instructrice, Me Guyaz a fait parvenir une liste détaillant les activités déployées pour le compte de l'assuré à compter _____ du 1^{er} novembre 2011, par correspondance du 12 août 2015.

Les arguments des parties seront repris par la suite dans la mesure utile.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGGA (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 LPGGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est par ailleurs compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

d) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGGA notamment), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2. En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 14 octobre 2011, à confirmer sa décision du 11 février 2009 et mettre un terme au droit du recourant à des prestations d'assurance à partir de cette dernière date.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA), ainsi que par suite d'impotence (art. 26 LAA).

b) Le droit à l'indemnité journalière prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

Si l'assuré est invalide (cf. art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de

l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, première phrase, LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (TF [Tribunal fédéral] 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.1 et les références citées).

c) Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel ou non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA), 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. 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'assureur 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 (cf. notamment ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 402 consid. 4.3 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009, consid. 3).

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 ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2).

4. a) En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb).

En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie.

b) En matière d'atteintes à la santé « organiquement » perceptibles lors de l'examen clinique mais sans substrat organique dans le sens d'une altération structurelle, l'expérience montre que de tels troubles ont comme particularité de pouvoir également être déclenchés psychiquement. Il en va ainsi pour des troubles mis en évidence par des tests neuropsychologiques (distraction, manque de concentration, etc.) et qui ne sont pas fondés sur une atteinte organique (cérébrale) (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 80/2001 du 11 juillet 2003 et U 216/2003 du 20 septembre 2004).

De telles atteintes, dont la cause organique n'est pas démontrable quand le lien de causalité est retenu, ne sont pas considérées sans autre comme étant en lien de causalité adéquate avec

l'accident, tel que c'est le cas pour les atteintes avec substrat organique au sens d'altérations structurelles. Dans ces cas de plaintes seulement perceptibles cliniquement, il faut encore évaluer la causalité adéquate selon des critères précisés par le Tribunal fédéral.

c) 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 crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109; 117 V 359).

Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1, et les références). Il faut également 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b).

d) Selon la jurisprudence, on peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examens par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et les références).

Pour l'examen de la causalité adéquate, 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 crânio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 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 (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les référence ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et

enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé 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).

6. En l'espèce, il convient à ce stade de déterminer si l'accident a entraîné un traumatisme crânio-cérébral, une atteinte cervicale pouvant d'ores et déjà être exclue.

a) Le Dr N. _____ a relevé que l'accident était à l'origine d'un probable traumatisme crânien amorti par le port du casque et a notamment posé le diagnostic de « syndrome post-traumatique modéré avec troubles de la mémoire et de la concentration ». La Prof. Q. _____ n'a pas remis en cause cette appréciation. Le Dr T. _____ a pour sa part focalisé son appréciation sur l'absence d'atteinte organique du système nerveux. Il a néanmoins réservé l'hypothèse d'une tout au plus possible brève perte de connaissance immédiatement après l'accident et a conclu que l'hypothèse d'un traumatisme crânien de gravité supérieure à celle d'une contusion crânienne (MTBI, catégorie 0 selon l'EFNS) n'apparaissait pas vraisemblable.

Le MTBI correspond à l'ancien diagnostic de « commotion cérébrale ». Une commotion cérébrale est définie comme une perte de conscience de courte durée sans troubles neurologiques, alors qu'une contusion cérébrale renvoie à un état de déficits neurologiques consécutifs avec ou sans perte de conscience (Adrian M. Siegel, Neurologisches Beschwerdebild nach Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, in : Neurologische Begutachtung, Zurich 2004, p. 165).

La classification de l'EFNS, rédigée en langue anglaise, est la suivante :

Grade	Clinical Presentation
Mild - Grade 0	GCS = 15 No LOC, no PTA = head injury, no TBI No risk factors*
Mild - Grade 1	GCS = 15 LOC < 30 min, PTA < 1h No risk factors
Mild - Grade 2	GCS = 15 Risks factors present
Mild - Grade 3	GCS = 13-14 LOC < 30 min, PTA < 1h With or without risk factors present
Moderate	GCS = 9-12
Severe	GCS < 8
Critical	GCS = 3-4 with loss of pupillary reactions and absent or decerebrate motor reactions

* Risk factors : Unclear or ambiguous accident history continued post-traumatic amnesia, retrograde amnesia < 30 min, trauma above the clavicles including severe headache, vomiting, focal neurological deficit, seizure, age < 2 years, age > 60 years, coagulation disorder, high energy accident

LOC : Loss of consciousness / PTA : Post traumatic amnesia / GCS : Glasgow coma scale

En l'occurrence, il doit être admis au degré de la vraisemblance prépondérante que l'accident est à l'origine d'un heurt au niveau de la tête, au vu de sa dynamique, de l'existence d'un dommage au casque et des rapports des Drs N._____ (probable traumatisme crânien) et T._____ (contusion crânienne).

La perte de conscience alléguée par le recourant, laquelle aura duré tout au plus une vingtaine de secondes au vu des déclarations, fiables, du témoin, n'influe guère sur le diagnostic retenu par le Dr T._____. En effet, le score sur l'échelle de Glasgow a toujours été de 15, correspondant à l'état d'une personne parfaitement consciente, tandis que le recourant n'a pas présenté d'amnésie relative à l'accident dans la mesure où il a pu en décrire les circonstances et le mécanisme ; enfin il n'a pas présenté les facteurs de risque énumérés par l'EFNS, de telle sorte

que le diagnostic susceptible d'être pris en compte serait tout au plus celui d'un MTBI de degré 1. On ne saurait retenir en conséquence une quelconque lacune dans l'appréciation du Dr T._____ pour cette seule divergence, dans la mesure où le témoignage judiciaire de l'agente D._____, plus exhaustif que celui verbalisé dans le rapport de police, ne pouvait lui être connu.

L'existence d'un traumatisme crânio-cérébral est ainsi vraisemblable.

b) Cependant, les différentes investigations médicales n'ont pas permis d'objectiver au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'une altération structurelle ou organique consécutive à ce traumatisme. Le protocole d'intervention des ambulanciers et les examens en milieu hospitalier dans les semaines suivant l'accident n'ont pas mis en évidence de lésion crânio-cérébrale, ni de trouble ou déficit neurologique. L'IRM cérébrale du 13 février 2007 comme l'examen électro-encéphalographique rapporté le 5 mars 2007 se sont révélés dans la norme. Enfin, ni le Dr N._____, ni la Prof. Q._____, n'ont constaté une atteinte organique objectivable, rejoignant ainsi l'avis du Dr T._____. Enfin, même si la Prof. Q._____ a estimé que les troubles cognitifs constatés sont très vraisemblablement liés à l'accident du 31 août 2006, la seule constatation de troubles neurologiques ne suffit pas pour établir la présence d'une atteinte organique. Le cas échéant, il n'eût pas été nécessaire de dégager des critères objectifs pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 359 consid. 5d/aa et bb ; TF 8C_427/2013 du 19 mars 2014 consid. 5.2).

c) Etant admise l'existence d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il doit en conséquence être déterminé si les critères du tableau clinique typique présentant de multiples plaintes sont réalisés (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.).

ca) En l'occurrence, le recourant se plaint de ce que ce traumatisme a entraîné des troubles neuropsychologiques, plus particulièrement des troubles de la mémoire de travail, de la concentration et de l'attention, tels qu'observés par la Prof. Q._____. Il sera remarqué préliminairement que le Dr T._____ ne remet pas en cause l'existence des troubles allégués. Il se limite à relever qu'ils ne peuvent pas être corrélés, d'un point de vue neurologique, avec des lésions cérébrales organiques ou structurelles. Si le recourant a présenté des troubles de la concentration et de la mémoire, une fatigabilité, des sentiments liés à la lignée dépressive, soit plusieurs des plaintes relevant du tableau clinique typique retenu par la jurisprudence, en revanche ces plaintes n'ont été mentionnées par l'intéressé pour la première fois qu'à la faveur de sa première consultation auprès de la psychologue M._____ le 24 novembre 2006, soit bien après le délai de 72 heures. Par ailleurs, les dossiers d'hospitalisation ne font pas état de doléances spécifiques du recourant en relation avec le traumatisme crânio-cérébral de telle sorte qu'à ce stade déjà, le lien de causalité naturelle entre l'accident et ces troubles devrait être nié.

cb) Enfin, même dans l'hypothèse où de telles plaintes avaient été évoquées dans les suites immédiates de l'accident, le lien de causalité naturelle n'en serait pas pour autant réalisé. En effet, au degré de la vraisemblance prépondérante, il ne saurait être admis que ce traumatisme et les troubles consécutifs allégués aient entraîné de facto une incapacité de travail. Plus particulièrement, l'incapacité de travail attestée médicalement du 31 août 2006 au 11 février 2007 l'a été par le Dr K._____ du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier F._____ et par conséquent, se rapportait aux seules atteintes orthopédiques à la hanche et à l'épaule. Par ailleurs, la psychologue M._____ n'atteste nullement d'une incapacité de travail, respectivement d'une diminution de rendement résultant des troubles constatés auprès de son patient. Quant à la Prof. Q._____, elle relève

certes dans son rapport d'examen du 7 juin 2010 que sur le plan strictement neuropsychologique, la symptomatologie observée était à même de diminuer le rendement professionnel vu l'activité exercée, sans cependant étayer et développer cette affirmation, ni quantifier la diminution de rendement. A cela s'ajoute que cette appréciation se fonde sur la symptomatologie, soit sur les symptômes décrits par le patient, par définition subjectifs, et non sur l'examen clinique, lui seul objectif. L'attestation du directeur de thèse du recourant imputant à l'accident une perturbation de l'évolution de sa thèse et un retard dans la finalisation de son travail de recherche n'est d'aucune utilité au recourant, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une appréciation médicale. Enfin, le recourant ne démontre pas qu'il aurait suivi une quelconque thérapie ultérieurement à ses entretiens avec la psychologue M._____, ni qu'il aurait effectivement donné suite à la proposition de la Prof. Q._____ de suivre un traitement médicamenteux. Il peut être déduit de cette abstention que les troubles neuropsychologiques du recourant n'ont pas interféré ou que dans une très faible mesure sur sa capacité de travail ou de rendement. Cela étant, la conclusion du Dr T._____ quant à l'inexistence d'une incapacité de travail ne peut qu'être suivie, d'autant qu'elle est confirmée par le Dr S._____, lequel n'a pas relevé de troubles cognitifs notables.

cc) Par ailleurs, si certains rapports au dossier font état de troubles psychiques tels que PTSD (psychologue M._____), signes anxio-dépressifs (Prof. Q._____), ceux-ci ne sont pas qualifiés d'incapacitants par _____ leurs _____ auteurs. Le Dr S._____ a au demeurant exclu l'existence de troubles psychiques séquellaires en relation de causalité naturelle avec l'accident et considéré que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail sans aucune restriction du point de vue psychiatrique. Du reste, hormis les troubles neuropsychologiques _____ relevés _____ par _____ la Prof. Q._____, le recourant ne s'est pas prévalu de souffrir d'une atteinte du registre psychique.

d) Pour le surplus, s'agissant de l'atteinte somatique, le Dr V._____ a constaté lors de son examen du 17 décembre 2010 que la

situation était globalement stabilisée et considéré que la limitation fonctionnelle imposant une alternance des positions assise et debout n'altérerait pas la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle. Cette appréciation, de même que celle de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'épaule et de la hanche, ne sauraient être remises en cause, le rapport du Dr V._____ répondant aux réquisits jurisprudentiels et n'étant au demeurant pas contredit par les autres éléments médicaux au dossier.

e) Cela étant, en présence d'une incapacité de travail n'ayant pas perduré au-delà du 11 février 2007, d'une limitation fonctionnelle sans incidence sur l'activité professionnelle du recourant et d'une situation stabilisée, la CNA était légitimée à mettre un terme à ses prestations, étant précisé que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est pas litigieuse au stade du recours.

S'agissant de l'échéance des prestations, soit en date du 11 février 2009, elle n'est pas critiquable dans la mesure où dans son rapport _____ du 10 octobre 2009, le Dr R._____ qualifiait de résiduelles les coxalgies gauches de même que la dysharmonie fonctionnelle gléno-humérale gauche et précisait que la physiothérapie avait été interrompue (pour mémoire en janvier 2009) en raison de l'absence de progrès. On en déduit qu'une amélioration n'était plus envisageable dès ce moment.

7. Par surabondance de droit, dans l'hypothèse où la causalité adéquate entre l'accident et les troubles neuropsychologiques présentés par le recourant devait être examinée, elle le serait 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 crânio-cérébral, sans distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes, dans la mesure où l'intéressé ne présente pas de comorbidité psychiatrique distincte et indépendante.

Ce sont donc les critères jurisprudentiels posés aux ATF 134 V 109 et 117 V 359 qui seraient en l'occurrence déterminants pour l'appréciation de la causalité adéquate.

a) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité, la jurisprudence classe d'abord 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.

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle générale, être d'emblée niée. Dans le cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise.

En présence d'un accident de gravité moyenne, 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 ;
- 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 (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b).

Tous ces critères ne doivent pas être 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 115 V 403 consid. 5c/aa ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; TF 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3 ; 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2). Par ailleurs, l'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques et psychiques (ATF 117 V 369 consid. 4c ; TFA U 7/2006 du 29 septembre 2006 consid. 5.1 et les références).

b) Il convient dans un premier temps d'analyser la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. Pour procéder à cette classification, il importe 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. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (TFA U 214/2004 du 15 mars 2005, consid. 2.2.3).

En l'espèce, l'accident du 31 août 2006 est objectivement de gravité moyenne. Le heurt a été latéral à une vitesse de l'ordre de 50 km/h. Le dommage total du scooter n'est pas significatif d'un accident grave. Il s'agit généralement de la norme lors d'une collision entre ce genre de véhicule et une voiture. Le recourant a été rapidement secouru. Le pronostic vital n'a à aucun moment été engagé et les lésions subies ne sont pas graves. En outre, si le choc avait été d'une extrême violence, le passager du recourant aurait été plus sérieusement atteint. Enfin, selon la jurisprudence, une collision survenant en localité entre un motocycliste et un automobiliste lui coupant la route est en principe de gravité moyenne (TFA U 377/99 du 7 février 2000).

c) Reste à examiner en second lieu les critères posés par la jurisprudence.

L'accident n'a pas revêtu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. Des lésions consistant en une luxation de la hanche, une fracture de l'humérus, un traumatisme crânio-cérébral bénin et de multiples dermabrasions ne sauraient être qualifiées de graves et encore moins de nature particulière. Le traitement médical, lequel a consisté dès la fin de l'hospitalisation en un traitement antalgique et conservateur, sous forme de physiothérapie, n'a présenté ni pénibilité, ni particularité, ni erreurs. Il n'est survenu aucune difficulté en cours de guérison, ni de complications importantes. Les douleurs somatiques alléguées ne sont pas décrites comme intenses.

S'agissant de l'incapacité de travail, elle a été de 100% pendant trois mois, puis de 50% pendant un peu moins de deux mois et demi. En ce qui concerne le critère de l'importance de l'incapacité de travail, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7).

En l'occurrence, le recourant a pu reprendre son activité habituelle sans mesures d'adaptation particulières, de telle sorte que l'incapacité de travail ne revêt pas une intensité suffisante pour que ce critère paraisse réalisé. Ce point peut rester indécis, dès lors qu'un seul critère n'est pas décisif pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate au regard de la gravité de l'accident litigieux (ATF 117 V 359 consid. 6b, 369 consid. 4c).

c) Vu les éléments ci-dessus, un lien de causalité adéquate ne saurait être retenu.

8. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise du recourant doit dès lors être rejetée.

Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014).

9. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

a) Le présent arrêt est rendu sans frais (cf. art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD), ni allocation de dépens dès lors que le recourant, assisté d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, n'obtient pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

b) Dans la mesure où le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, il convient de fixer la rémunération de Me Guyaz, désigné comme avocat d'office.

Ce dernier a produit le 12 août 2015 la liste de ses opérations comprenant des activités d'avocat à hauteur de 13 heures et celes de son avocate-stagiaire à hauteur de 33 heures et 36 minutes, ainsi que des débours par 224 fr.30, à compter du 1^{er} novembre 2011.

Après contrôle de cette liste au regard de la conduite du procès, il faut constater que certains postes apparaissent injustifiés ou excessifs au vu des écritures déposées pour le compte de l'assuré et de la nature des démarches corrélatives. En particulier, les heures consacrées par l'avocate-stagiaire à la rédaction du recours et aux recherches, soit

plus de 20 heures, ont lieu d'être réduites de 7 heures, dans la mesure où nombre de griefs avancés pour le compte du recourant avaient précédemment été développés au stade de la procédure d'opposition. En sus, la jurisprudence pertinente avait été exposée dans la décision sur opposition querellée par l'intimée, ce qui permettait au mandataire de l'assuré de restreindre le cadre de ses propres recherches. De même s'agissant des déterminations déposées le 25 avril 2012, on ne voit pas que des recherches et des corrections eussent été justifiées à concurrence de plus de 8 heures, ce qui permet également de réduire de moitié les heures facturées. S'il est certes légitime que l'avocate-stagiaire en formation soit amenée à passer plus de temps qu'un avocat expérimenté à procéder à certaines démarches (cf. à cet égard ATF 137 III 185 consid. 6), il n'en demeure pas moins que le total des heures facturées in casu apparaît disproportionné eu égard aux besoins de la cause.

Enfin, il convient de faire abstraction du poste « audition de témoin » postérieur à l'audience qui s'est déroulée devant la Cour de céans, du temps consacré à l'étude du dossier de l'assureur en responsabilité civile - lequel devait déjà être connu du mandataire de l'assurée - de même que de l'activité en lien avec des courriers adressés audit assureur, sortant manifestement du champ de la présente procédure. S'agissant des débours, chiffrés à 224 fr. 30, l'on ne voit pas que des photocopies du « classeur » de la Cour de céans eussent justifié des frais de 141 fr., alors que nombre des pièces devaient forcément être déjà en possession de l'avocat. Un total limité à 200 fr. sera dès lors seul pris en compte au titre de débours.

Compte tenu des remarques ci-dessus, on admettra en définitive

13 heures au tarif horaire de 180 fr., ainsi que 22 heures au tarif horaire de 110 fr., en sus des débours (art. 2 al. 1 RA) [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). Compte tenu de la TVA de 8%, c'est ainsi un montant total de 5'356 fr. 80 qui couvre les frais de représentation de l'assuré dès le 1^{er} novembre 2011.

Cette indemnité est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce dernier montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, 18 al. 5 LPA-VD).

Il incombera au service juridique et législatif de fixer les modalités dudit remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 14 octobre 2011 par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents est confirmée.

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

- IV. L'indemnité d'office de Me Guyaz, conseil du recourant, est arrêtée à 5'356 fr. 80 (cinq mille trois cent cinquante-six francs et huitante centimes), débours et TVA compris.

- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Alexandre Guyaz, à Lausanne (pour B. _____),
- Me Didier Elsig, à Lausanne (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :