

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mai 2016

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Röthenbacher, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Antonella Cereghetti
Zwahlen, avocate à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1957, a été engagé par C._____ SA pour un mandat d'ouvrier intérimaire sur un chantier de l'entreprise Z._____ SA. A ce titre, il était assuré contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

Par déclaration de sinistre LAA du 18 octobre 2010, C._____ SA a informé la CNA que son employé avait reçu une poutrelle sur la tête le 15 octobre précédent, vers 11 heures, alors qu'il travaillait sur un chantier.

Dans un rapport du 28 novembre 2010 à l'attention de la CNA, la Dresse M._____, médecin à l'Hôpital intercantonal de U._____, a exposé que l'assuré avait reçu une poutre au niveau de la région pariétale de la tête la matinée du 15 octobre 2010, avec perte de connaissance de quelques minutes sans amnésie circonstancielle ; il se plaignait de céphalées hémi-crâniennes gauches, de vertiges et de fourmillements au bout de tous les doigts. Ensuite des premiers soins donnés le jour de l'accident (à 17 heures 39 selon le rapport médical), l'assuré a consulté à nouveau le 20 octobre 2010 en raison de la persistance des vertiges et de céphalées frontales ; l'examen neurologique était dans la norme et l'assuré présentait des douleurs à la palpation de la colonne cervicale (C3-C4-C5). Le CT-Scan cérébral n'avait pas mis en évidence de lésion traumatique, à l'instar du CT-Scan cérébral et de la colonne cervicale du 15 octobre précédent, lequel s'était révélé normal. La Dresse M._____ a retenu le diagnostic de trauma crânien avec possible contusion labyrinthique *versus* soudural *versus* cupulolithias post-traumatique. Un traitement antalgique et de la physiothérapie vestibulaire étaient prescrits en sus du repos, et la reprise de l'activité professionnelle était fixée au 28 octobre 2010.

Le 1^{er} décembre 2010, le Dr V._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a interpellé un confrère aux fins de convoquer l'assuré pour un bilan otologique. Son courrier était rédigé notamment en ces termes :

« *Rappel anamnestique* : Monsieur P._____ a été victime d'un accident de chantier le 15 octobre 2010. Lors de cet accident, il a reçu une poutrelle métallique dans la région temporale gauche ayant occasionné une chute violente sur le côté droit. Depuis, il se plaint d'une triple symptomatologie, tout d'abord douloureuse au niveau temporal gauche, vertigineuse continue et d'hypoacousie du côté droit. Lors de la 1^{ère} consultation du 16 novembre, l'examen oto-neurologique n'a pas permis de mettre en évidence une atteinte au niveau vestibulaire, sous réserve d'un examen relativement difficile et de la présence d'une prothèse oculaire gauche depuis de nombreuses années chez ce patient. Toutefois, une audiométrie a permis de montrer une hypoacousie de transmission avec gap complet sur toutes les fréquences du côté droit. Ceci est confirmé par un Rinné négatif à droite, positif à gauche ainsi qu'un Weber latéralisé à droite.

Examen complémentaire : j'ai encore demandé un CT en coupes fines des rochers qui montrait un comblement mastoïdien bilatéral mais prédominant du côté droit.

Devant cette situation où il existe des vertiges encore indéterminés et cette surdité droite de transmission, je te prie de bien vouloir convoquer le patient afin d'effectuer les examens complémentaires nécessaires, soit, selon moi un VNG en ce qui concerne la symptomatologie vertigineuse. Sur le plan auditif, ce gap complet après traumatisme, il pourrait s'agir d'une possible atteinte au niveau de l'étrier. Ceci pourrait expliquer l'hypoacousie de transmission ainsi que les vertiges associés.

Actuellement, 2 semaines après la 1^{ère} consultation, il n'y a aucune amélioration de toute la symptomatologie, y compris au niveau douloureux. J'ai remis une ordonnance d'AINS et de Dafalgan jusqu'à la prochaine prise en charge à ta consultation. »

Par lettre du 21 janvier 2011, C._____ SA a résilié le contrat de travail le liant à l'assuré pour le 31 janvier suivant.

Une IRM du neurocrâne native et injectée a été réalisée le 16 février 2011 à l'Hôpital cantonal de F._____. Elle a révélé quelques petites plages d'hyper signaux au niveau de la substance blanche à l'étage sustentoriel, lesquelles n'étaient pas spécifiques et pouvaient correspondre à de petites lésions dégénératives vasculaires. Il n'y avait

pas d'argument en faveur d'une lésion ischémique aiguë, pas de saignement ni de masse.

Le Dr L._____, médecin agréé auprès du Service de neurologie de la Clinique de médecine interne de l'Hôpital de F._____, s'est prononcé le 23 février 2011 comme suit :

« L'IRM cérébrale de votre patient ne montre aucune lésion significative. De ce fait, il n'y a pas de pathologie macroscopique expliquant son sentiment vertigineux.

Comme expliqué dans ma lettre du 10.02.2011, une prise en charge par la clinique de la SUVA me semble indispensable, en vue de permettre au patient une reprise du travail. »

Le 1^{er} avril 2011, l'assuré a subi une intervention pratiquée par le Dr R._____, médecin adjoint auprès du Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale de l'Hôpital de F._____, consistant en une exploration de l'oreille moyenne droite par voie endaurale avec tympanoplastie de type I et libération de la chaîne ossiculaire.

Dans un rapport du 12 mai 2011, le Dr N._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et médecin consultant de la CNA, a estimé que l'intervention susmentionnée n'était pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 15 octobre 2010.

Le Dr R._____ a précisé, dans un rapport du 17 mai 2011, que la surdité mixte à prédominance de transmission ne pouvait être nouvelle, le status per opératoire montrant clairement des séquelles d'otites moyennes chroniques. Avec une vestibulo-nystamographie normale, il ne pouvait être exclu d'éventuels troubles otolitiques d'origine post-traumatique ; cependant, toute la symptomatologie du patient évoquait surtout des troubles orthostatiques.

Un inspecteur de sinistres de la CNA a rencontré l'assuré le 23 juin 2011. Il ressort de son rapport les déclarations suivantes de l'assuré :

« Au Portugal, je me suis formé sur le tas comme maçon puis comme menuisier, exerçant ensuite ces deux métiers en alternance avant de venir en Suisse le 09.08.2010. Là, j'ai commencé par travailler pour l'entreprise temporaire [...] à [...] et dès le 6.9.10 pour C. _____ SA, placé chez Z. _____ SA à [...]. Depuis, j'ai toujours travaillé régulièrement pour cette entreprise. J'ai un permis L. Mon employeur m'a donné mon congé pour le 31.01.2011, ayant pensé au départ que je me remettrais plus rapidement.

Le 15.10.2010 vers les 11 h, sur un chantier à [...], j'étais occupé avec un collègue à démonter des panneaux de sous-pente d'un toit. Deux poutres de 3,9 m de long, placées verticalement, de 17 cm de côté, étaient retenues par des crochets en fer à la poutre principale, verticale aussi. Or, au lieu de n'enlever que l'un des crochets, mon collègue les a démontés les deux, ce qui a fait basculer dans ma direction et le panneau horizontal près du faîte et l'une des poutres. Je n'ai pas pu me mettre à l'abri, ne me protégeant qu'avec un bras. J'ai toutefois reçu la partie supérieure de la poutre, qui basculait, sur le côté gauche du haut de mon crâne. J'ai perdu connaissance et ne me souviens pas de ce qui s'est passé après. Je suis revenu à moi sur le lieu de l'accident, étant allongé au sol, quelqu'un étant allé chercher de la glace à m'appliquer sur le crâne. Je n'avais pas subi de blessure apparente, semble-t-il, mais un hématome a été constaté plus tard à l'hôpital. Une fois debout, je ne pouvais marcher droit, ayant comme des vertiges. Le responsable du chantier voulait que je rentre chez moi mais je suis resté jusqu'en fin d'après-midi, me limitant à effectuer des nettoyages, le chantier arrivant à terme. Je n'ai arrêté le travail que le lendemain matin.

Le collègue portugais qui a enlevé les fers, un temporaire aussi, s'appelle J. _____ ? Le chef de chantier est un dénommé A. _____, qui signait mes feuilles.

Au cours de l'après-midi, j'ai été sujet à des maux de tête, n'ayant été blessé qu'au crâne, étant sujet aussi à des vertiges m'obligeant à m'asseoir par moments. J'ai consulté l'hôpital de U. _____ en soirée où l'on m'a fait un scanner, me reconnaissant une incapacité totale, avec prescription de médicaments. J'ai ensuite été examiné par divers médecins et ai subi une intervention à l'oreille droite le 1.4.11 à F. _____, restant à l'hôpital de 0700 à 2200. Après le choc de la poutre sur mon crâne, je n'ai pas rencontré de problèmes d'ouïe ni de sifflements ou de bourdonnements. Ce sont mes vertiges qui ont incité les médecins à rechercher une origine dans les oreilles. Depuis l'opération du 1.4.11, je reste sujet à des douleurs derrière l'oreille gauche ainsi que sur le haut du crâne à gauche. Les changements brusques de position m'occasionnent toujours des sensations de vertiges.

A la physio, lorsque je regarde des patients pédaler, je sens venir des vertiges. Des mouvements brusques d'autres personnes dans la rue m'occasionnent les mêmes effets. Je me rends à la physio 2 fois par semaine, chez Mme [...], [...]. Je suis sous Dafalgan et Mepha Douleurs. Malgré les traitements entrepris jusqu'ici, je ne vois guère d'amélioration depuis l'accident. Si j'évite les mouvements brusques, la situation reste normale, quelque soit la position. Il me faut me concentrer sur ce que je fais.

Un prochain contrôle chez le Dr T. _____ est fixé au 4 juillet et chez le Dr R. _____ à F. _____ au 14.7.11. Une incapacité totale m'est toujours reconnue.

Jusqu'à l'accident, je n'avais jamais constaté de problèmes d'ouïe. Ce sont les médecins ORL qui m'ont appris qu'une oreille entendait mieux que l'autre, que j'avais perdu le 70 % de l'ouïe à droite et 10 % à gauche. Je n'avais ni bourdonnements ni sifflements dans les oreilles avant. Je n'en ai toujours pas actuellement. Aucune lésion au crâne précédemment. Rien de grave ailleurs non plus. »

Le 24 juin 2011, l'inspecteur de sinistres de la CNA s'est entretenu par téléphone avec l'employeur. Le compte-rendu d'entretien téléphonique était notamment rédigé comme suit :

« Quant au collègue temporaire, il pourrait s'agir d'un dénommé J. _____. S'il est responsable de dommages, l'ouvrier est couvert en RC par l'assureur de l'entreprise qui l'occupe, soit Z. _____ SA dans le présent cas.
S'assurer de la chose auprès de l'entreprise.

Tél. de ce jour à l'entreprise Z. _____ SA à [...], [...]
Seul le contremaître A. _____ peut renseigner, lui qui était sur place lors des faits. L'entreprise est couverte en RC auprès de [...].

Entretien de ce jour avec M. A. _____, contremaître [...]
Mon interlocuteur précise que l'assuré se trouvait à l'intérieur et qu'il devait retenir une poutrelle de 3,9 m et de 8 x 20 cm de côté, alors que l'autre, J. _____, se rendait sur l'échafaudage, à l'extérieur pour enlever les 2 serre-joints qui tenaient ensemble les poutrelles. J. _____ a certainement été plus rapide, ayant démonté l'installation avant que l'assuré n'arrive tout près pour saisir la poutrelle. En étant à environ 2 m, il l'a reçue sur le crâne lorsqu'elle a basculé. Malgré le casque, il a perdu connaissance quelques instants. Est-ce à cause de la poutre ou d'un choc au sol, sur des plateaux ? revenu à lui, il n'a pas jugé nécessaire d'aller consulter, malgré les maux de tête qu'il ressentait.
Il y a probablement eu mauvaise compréhension entre les deux hommes, tous deux temporaires de chez C. _____ SA. »

Dans un rapport du 31 août 2011, le Dr K. _____, médecin chef de l'Unité d'otoneurologie et d'audiologie, Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Z. _____, a posé les diagnostics de vertiges post-traumatiques sans lésion vestibulaire objectivable, de surdité mixte droite ancienne sur tympanosclérose et de status après énucléation de l' eil gauche dans l'enfance. Il a fait part   la CNA de ses constatations en ces termes :

« DISCUSSION - CONCLUSION :

Sur le plan vestibulaire, l'examen otoneurologique clinique et instrumental est normal sans évidence d'une atteinte organique séquellaire de l'accident du 15.10.2010. Actuellement, il s'agit donc de vertiges post-traumatiques non-spécifiques, essentiellement sous forme d'une instabilité posturale persistante et de vertiges brefs de mobilisation, probablement aggravés par une composante d'anxiété. Au vu de l'histoire clinique et de la chronologie des événements, les symptômes vertigineux sont en relation de causalité avec l'accident du 15.10.2010.

Sur le plan professionnel, il est bien clair que le patient ne peut plus retrouver sa profession de maçon sur chantier dans ces conditions, n'étant plus apte à monter sur des échafaudages. Toutefois, M. P._____ est motivé à une reprise de travail dans une activité adaptée et informe qu'il a aussi une formation d'ébéniste et qu'il se sent capable de reprendre un travail dans cette activité s'il peut rester au sol. Dans un tel contexte, il pourrait reprendre un travail à 50 %, avec réévaluation du taux d'activité selon l'évolution.

Concernant l'audition, la surdité mixte droite est antécédente à l'accident, d'origine inflammatoire, séquellaire d'otites moyennes à répétition avec tympanosclérose fixant l'étrier. Le patient n'avait pas conscience de ce déficit auditif jusqu'à la découverte de ce dernier par un audiogramme fait chez un spécialiste ORL suite à l'accident d'octobre 2010. Sur ce plan, il n'y a pas de relation de causalité entre la surdité et l'accident de travail.

Je propose donc d'envisager une reconversion professionnelle dans une activité au sol, par exemple en privilégiant l'ancienne profession d'ébéniste ou dans une autre activité adaptée. Dans cette éventualité, le patient pourrait débiter à un taux de 50 % à adapter selon l'évolution. »

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), Service de réadaptation en neurologie, du 29 novembre 2011 au 18 janvier 2012. Se référant aux différents bilans et investigations résultant du séjour de l'assuré, les Drs S._____, médecin associé, X._____, chef de service, et D._____, médecin assistant, ont établi un rapport de sortie le 1^{er} février 2012. Sous diagnostic principal était mentionnée une réadaptation neurologique pour céphalées pariéto-occipitales gauches et vertiges ; étaient retenus les diagnostics supplémentaires de traumatisme cranio-cérébral léger, de céphalées pariéto-occipitales gauches persistantes, de vertiges post-traumatiques sans lésion vestibulaire objectivable, de status post-exploration de l'oreille moyenne droite avec tympanoplastie de type I et libération de la chaîne ossiculaire le 1^{er} avril 2011 et de surdité droite mixte à prédominance de transmission sur une tympanosclérose bloquant la chaîne ossiculaire. Au

terme de leur rapport, les Drs S._____, X._____ et D._____ ont exposé ce qui suit :

« LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION

Il s'agit d'un patient de 54 ans qui, depuis un accident de travail datant du 15.10.2010, où il a reçu une poutre sur la région temporo-pariétale gauche à la tête, présente une symptomatologie vertigineuse persistante, sans anomalie post-traumatique vestibulaire découverte jusqu'à présent. Entre-temps, une surdité mixte à prédominance de transmission a été découverte liée à une tympanosclérose, raison pour laquelle il a bénéficié d'une libération de la chaîne ossiculaire et d'une tympanoplastie le 01.04.2011 à l'Hôpital de F._____. Depuis l'opération, aucune modification de la symptomatologie n'est constatée. Il nous est adressé de la part de l'agence SUVA Lausanne pour un bilan multidisciplinaire et professionnel.

A l'admission, le patient déclare avoir des vertiges qui durent environ une minute et qui se développent aux changements de position, surtout quand il se lève d'une position assise. Jusqu'à maintenant, il a fait 3 à 4 chutes à domicile en raison de cette symptomatologie vertigineuse. Il n'y a pas de nausée ni vomissement et ses vertiges ne sont pas rotatoires, mais plutôt décrits comme une sensation d'instabilité dans tous les sens. Parfois, sa symptomatologie s'accompagne d'un sentiment de palpitation et une transpiration. Il se plaint également d'avoir des céphalées temporo-pariétales gauches depuis l'accident, qui montent jusqu'à 3 - 4/10 à l'EVA et disparaissent complètement avec la prise d'antidouleurs. Sur le plan cognitif, il déclare une fatigabilité et une intolérance au bruit. Son caractère aurait changé depuis l'accident selon son épouse. Enfin, le sommeil est perturbé par une anxiété concernant son avenir professionnel.

A l'examen clinique à l'entrée, les paires crâniennes sont sans particularité, hormis une hypoacousie droite et un test de Weber latéralisé à droite. Le reste de l'examen neurologique est également sans particularité, hormis un test de Romberg légèrement instable avec une rétropulsion et une démarche légèrement instable non directionnel.

Du point de vue médical, le bilan sanguin effectué est strictement dans la norme.

Ses céphalées pariétales à prédominance gauche ont pu être soulagées temporairement par une infiltration du nerf d'Arnold à gauche le 06.12.2011 avec un effet maximal durant environ 1 semaine. Une 2^{ème} infiltration a été réalisée le 05.01.2012 avec également un effet positif sur sa symptomatologie. Une prochaine infiltration pourra être réalisée dans environ 6 mois en fonction de l'évolution de ses plaintes (Kenacort et Carbostesin). Nous avons ainsi augmenté le dosage du Remeron de 15 à 30 mg/j à visée antalgique. Le traitement de Tramal et de Mefenacide en réserve s'avère partiellement efficace. De plus, nous recommandons un suivi à la consultation de la douleur à la Clinique générale de F._____.

Le travail physiothérapeutique a été axé sur le reconditionnement physique et sur la diminution de son instabilité statique et dynamique. L'analyse au posturographe montre une désorganisation neuro-sensorielle (nette sous-utilisation des entrées somesthésiques, visuelles et vestibulaires) avec des chutes surtout en arrière et non sur les côtés. A sa sortie, le travail proprioceptif intensif a permis au patient de se sentir plus stable à la marche et avoir un meilleur équilibre. Ces vertiges aux changements de position ont également bien diminué. Son test de Tinetti est de 24/28 à la sortie (gain de 5 pts), signant un risque de chute peu élevé. La poursuite de physiothérapie en ambulatoire, à visée d'amélioration des fonctions d'équilibre et de reconditionnement général est recommandée. De plus, le patient a été instruit à un programme d'exercices à domicile.

Du point de vue cognitif, le bilan neuropsychologique à l'entrée a mis en évidence des difficultés attentionnelles légères à modérées, entravant d'une part un encodage et un apprentissage efficace en mémoire verbale et d'autre part, le traitement d'information en condition d'attention divisée (doubles tâches). Par ailleurs, les fonctions langagières, practognosiques, mnésiques visuelles et de reconnaissance en situation écologique, de même que les fonctions exécutives et le raisonnement sont satisfaisantes.

Après plusieurs séances, l'évolution neuropsychologique est globalement lentement favorable avec une progression dans les exercices attentionnels proposés et une diminution des plaintes. Cependant, le patient exprime toujours des doutes quant à l'idée que son cerveau est sans problème, mais il est satisfait des progrès effectués.

Le consilium psychiatrique retient un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, développé lors de la prise de conscience de la durée de la convalescence et des répercussions socio-économiques. Il témoigne d'un bon investissement dans le séjour à la CRR, qu'il considère comme une occasion à saisir. Un traitement médicamenteux par Remeron 15 mg le soir, pour ses effets sédatifs, anxiolytique et ouvrant l'appétit est introduit, puis augmenté à 30 mg/jour. L'évolution durant son séjour est considérée comme satisfaisante, son sommeil s'est normalisé, il n'a plus de crise d'angoisse et l'humeur s'améliore. De plus, le patient notant des progrès au niveau de ses vertiges, et avec également un effet satisfaisant de son infiltration du nerf d'Arnold à gauche, semble retrouver progressivement confiance.

Au niveau ORL, le patient a bénéficié d'une consultation avec le Dr [...], le 21.12.2011. Au status ORL, l'oreille gauche est sans particularité et l'oreille droite présente une tympano-sclérose diffuse avec status post tympanoplastie. Le test de Weber est latéralisé à droite et le Rinne négatif à droite. Le reste du status ORL est dans la norme. L'examen vestibulaire clinique montre une épreuve d'équilibration avec tendance à la chute vers l'arrière, de manière non reproductible et non spécifique. Il n'y a pas de nystagmus spontané et la manoeuvre d'Hallpike est négative. Les épreuves caloriques sont symétriques. Il n'y a ainsi pas d'argument pour une atteinte vestibulaire organique périphérique ou centrale. Le suivi ORL devra être réalisé en ambulatoire à la consultation du Dr

R. _____ à F. _____ pour contrôle du status post tympanoplastie pour otosclérose.

[...]

Sur le plan professionnel, le patient n'a pas de formation professionnelle, après avoir quitté la scolarité obligatoire au Portugal. En revanche, il a suivi dans le cadre de formation d'adultes des cours en menuiserie et charpenterie au Portugal. Depuis son arrivée en Suisse, en août 2010, il exerce le métier de manoeuvre dans le domaine du bâtiment par le biais d'agences temporaires.

Lors du séjour dans nos ateliers professionnels, dans un premier temps, le patient est très peu sécuritaire sur les machines (tremblements, précipitation, inattention). Il est noté une bonne évolution par la suite et il finit par travailler de manière autonome avec une qualité de travail partiellement bonne. Il faut noter comme frein important, une méconnaissance quasi totale de la langue française. En conclusion, le patient peut reprendre une activité manuelle à 100%, sans travail en hauteur, avec un rendement diminué à 50% dans un premier temps, puis à réévaluer. Ces informations ont été transmises à sa gestionnaire AI Mme [...], qui souhaite se charger du processus de réintégration professionnelle.

INCAPACITE DE TRAVAIL

100% du 29.11.2011 au 18.01.2012

0% dès le 18.01.2012, avec rendement diminué à 50% pour les activités au sol et en hauteur. »

Par décision du 28 février 2012, la CNA a refusé à l'assuré la prise en charge de l'intervention du 1^{er} avril 2011 relative aux troubles de l'ouïe.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 15 mars 2012, déclarant ne pas avoir eu de problèmes d'ouïe avant l'accident. Il ajoutait que c'était seulement après l'intervention chirurgicale que les problèmes avaient commencé, notamment les vertiges et les nausées.

Par décision sur opposition du 23 avril 2012, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 28 février 2012, notamment pour les motifs suivants :

« Dans le but de déterminer l'étiologie de ses troubles auditifs droits, le dossier de M. P. _____ a été soumis au Dr N. _____, spécialiste FMH ORL et chirurgie faciale, rattaché à la division médecine du travail de la Suva, à Lucerne. Dans ses appréciations des 12 mai et 13 décembre 2011, ce médecin retient que la sclérose du tympan droit constatée chez l'assuré n'est, avec sûreté, pas à

mettre sur le compte de l'événement subi le 15 octobre 2010. Elle est due à une affection d'origine malade. En effet, l'intéressé a présenté de multiples otites. L'opération effectuée le 1^{er} avril 2011, destinée à traiter ladite sclérose, n'est partant pas à la charge de la Suva. Le Dr N._____ souligne au demeurant que la capacité auditive de l'assuré est normale au regard de son âge.

En l'occurrence, force est de constater que l'opposant n'apporte aucun élément concret susceptible de jeter un doute sur le bien-fondé des conclusions du Dr N._____. Elles rejoignent de surcroît l'avis du Dr K._____ à l'issue de son bilan otoneurologique du 24 août 2011. Dans son rapport du 31 août 2011, ce spécialiste signale en effet qu'en ce qui concerne l'audition, la surdité mixte droite de l'assuré n'est pas en relation de causalité avec son accident de travail, dans la mesure où elle est d'origine inflammatoire, résultante d'otites moyennes à répétition avec tympanosclérose fixant l'étrier. Partant, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à l'appréciation du Dr N._____.

L'essentiel de l'argumentation de l'opposant repose sur l'apparition invoquée de ses troubles auditifs seulement après l'accident du 15 octobre 2010. Or, selon une jurisprudence constante, un raisonnement fondé sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc » (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances-sociales et ne saurait être admis comme moyen de preuve (ATF 119 V 335, cons. 2b/bb ; arrêt du TF 8C_6/2009 du 30.7.2009, cons. 3).

A la lumière de ce qui précède, c'est à juste titre que la Suva Lausanne a refusé d'allouer des prestations d'assurance pour les problèmes auditifs droits de M. P._____.

Enfin, le grief soulevé par l'opposant, relatif au fait qu'il ne souhaitait pas se soumettre à l'opération du 1^{er} avril 2011, ne saurait modifier l'issue de la présente contestation. »

N'ayant pas fait l'objet d'un recours, cette décision est entrée en force.

Un examen neurologique a été réalisé à la CRR le 25 avril 2012 par le Dr S._____. Dans son rapport du 3 mai 2012, le neurologue posait les diagnostics correspondant à ceux retenus sous diagnostics supplémentaires dans l'avis de sortie du 1^{er} février 2012. Il ajoutait en outre celui de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive. Au terme de son rapport, il notait ce qui suit :

« L'évolution est stationnaire avec persistance des céphalées occipitales gauches et un sentiment subjectif d'instabilité. Je

constate également de nombreux signes d'anxiété et une thymie nivelée vers le bas.

L'examen neurologique détaillé est rassurant, ne montrant pas de signe pour une lésion vestibulaire ni de déficit neurologique focal.

Il me semble alors que la composante psychique prend largement le dessus, raison pour laquelle je propose que son généraliste le Dr T._____ l'adresse à un psychologue (maîtrisant le portugais ou avec un interprète) pour un suivi psychologique.

J'ai également demandé à la Dresse [...], anesthésiste, de voir le patient pour une prise en charge antalgique des céphalées occipitales gauches.

Je propose également d'effectuer des radiographies standard de la colonne cervicale face et profil et des obliques à la recherche de modification dégénérative. J'ai établi une ordonnance de 9 séances de physiothérapie pour un travail sur l'équilibre et le renforcement de la musculature cervicale. Je n'ai pas prévu de revoir le patient mais reste à disposition. »

L'assuré a été adressé pour consilium rhumatologique au Dr H._____, spécialiste en rhumatologie, en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 16 mai 2012, le Dr H._____ s'est prononcé comme suit :

« Diagnostic : Douleurs pariéto-occipitales cervicales gauche persistantes après contusion du 15.10.2010.

Je ne reviendrai pas en détail sur l'anamnèse de ce patient que vous connaissez bien et qui est déjà relatée dans le dossier épais à ma disposition ainsi que les rapports de la clinique Romande de réadaptation du 03.05.2012.

Rappelons simplement que suite à son TCC et contusion crânio-cervicale du 15.10.2010, le patient se plaint toujours de céphalées irradiant également plus bas dans la région cervicale haute. Les autres plaintes concernent avant tout des vertiges sans lésion vestibulaire objectivable et une surdité mixte de l'autre côté à droite traitée chirurgicalement.

Au status à ce jour, j'étais en présence d'un patient à l'état général satisfaisant.

Sur le plan ostéoarticulaire, l'examen du rachis cervical montre une discrète tendomyose cervico-scapulaire gauche, notamment du splénius de l'angulaire de l'omoplate et des trapèzes. Les mobilités sont très discrètement diminuées avec une rotation qui atteint 60°, une inclinaison latérale à 35°, douloureuse en compression à gauche uniquement. L'extension-flexion reste complète.

Les radiographies demandées ce jour, soit une colonne cervicale face, profile et des obliques se révèlent dans les limites de la norme.

En particulier, l'alignement est parfait sans signe d'instabilité et il n'y a pas de trouble dégénératif notoire.

En conclusion, il ne me semble pas qu'il ait une pathologie cervicale à l'origine de son syndrome douloureux persistant. Toutefois, en cas de cervicalgies hautes, il faut se méfier d'une atteinte cervicale au niveau de la transition C0-C1-C2. C'est pourquoi, au moindre doute si ces examens n'ont pas encore été faits, je proposerais encore un CT-scan C0-C1-C2. »

Le CT-Scan cervical a été réalisé le 7 juin 2012 et l'examen comparé au CT-Scan du 15 octobre 2010. A la lecture des résultats, les structures osseuses se présentaient de façon inchangée par rapport à l'examen d'octobre 2010. On retrouvait un petit fragment osseux au niveau de la partie antérieure du trou occipital mais d'allure non inquiétante et sans changement par rapport à l'examen précédent. L'aspect de l'oreille moyenne du côté droit était inchangé.

Dans un rapport du 17 juillet 2012 à l'attention de la CNA, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de douleurs pariéto-occipito-cervicales gauches persistantes après traumatisme cranio-cérébral le 15 octobre 2010. A la question « existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison ? », le Dr T._____ a répondu par l'affirmative, un suivi psychiatrique pour état dépressif réactionnel étant en cours. Le traitement actuel consistait en de la physiothérapie et des analgésiques. Sous la rubrique « procédure/propositions », il a mentionné une réintégration professionnelle et a répondu par la négative à la reprise du travail, l'assuré suivant uniquement des cours de français en vue d'une reconversion.

Dans un rapport du 18 septembre 2012, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic d'un épisode dépressif moyen, l'évolution demeurant stationnaire avec persistance d'une humeur dépressive, une réduction de l'énergie, une fatigabilité. Le pronostic était actuellement défavorable sur le plan psychiatrique et le traitement consistait en une prise en charge psychiatrique intégrée à fréquence bimensuelle. Le Dr G._____ proposait

la poursuite du suivi psychiatrique en cours. Il mentionnait comme possible un dommage permanent mais que cela dépendrait surtout du somatique (céphalées et vertiges).

L'assuré s'est soumis à un examen psychiatrique le 9 octobre 2013, réalisé par le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre conseil de la CNA Le rapport, rédigé le jour même, comportait les passages suivants :

« 5. Constatations

L'assuré se plaint de céphalées et de vertiges avec démarche ébrieuse.

Il se plaint de troubles du sommeil avec insomnie d'endormissement et de maintien. Il se plaint d'une perte de l'appétit avec une perte de poids d'une dizaine de kilos. La libido est absente depuis l'accident à ses dires.

Il passe ses journées le plus souvent étendu sur son lit. Il se promène un peu. Il ne participe absolument pas aux tâches ménagères.

L'assuré ne présente pas d'angoisse ni de phobie spécifiques.

L'assuré fume un à deux paquets de cigarettes par jour. Il ne consomme pas d'alcool. Il ne consomme pas de cannabis ni d'autres produits toxiques ou illicites.

L'assuré ne présente aucun signe d'une symptomatologie psychotique positive tel qu'hallucinations ou idées délirantes ni négative tel qu'apragmatisme ou perplexité.

La douleur envahit tout le champ de conscience de l'assuré. Il ne parvient à aucun moment à prendre distance.

L'assuré parle en portugais tout au long de l'entretien. Il ne comprend quasiment pas le français. Il ne peut que présenter des plaintes. Le contact est relativement distant et aucune connivence ne peut vraiment être établie avec lui. L'humour est totalement absent.

6. Diagnostic

Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11)

7. Appréciation

Cet assuré a été victime d'un TCC léger. L'évolution a été particulièrement défavorable avec persistance de céphalées et de troubles de l'équilibre sans aucun substrat lésionnel.

Je pose, comme le Dr G. _____, un diagnostic d'épisode dépressif moyen en raison des idées suicidaires, de l'humeur triste, du retrait social et de la perturbation des fonctions instinctuelles.

J'exclus un diagnostic d'état de stress post-traumatique en raison de l'absence de symptômes typiques (flash-back et cauchemars) et de conduites d'évitement.

Les troubles psychiques que présente cet assuré sont en lien de causalité naturelle partielle avec l'accident du 15 octobre 2010. En effet c'est à la suite de cet accident que l'assuré a présenté progressivement une baisse de l'humeur.

Mais il est évident que des facteurs étrangers à l'accident aggravent la symptomatologie dépressive que présente cet assuré. En effet, l'assuré n'est pas acculturé en raison de difficultés majeures à apprendre le français malgré des cours suivis depuis bientôt une année. D'autre part il a des capacités d'adaptation très limitées et un bagage scolaire limité.

L'évaluation de la capacité de travail n'est pas aisée car l'assuré est à même de suivre des cours de français de manière régulière à Fribourg mais s'estime totalement incapable de faire quoi que ce soit. On peut donc admettre que la capacité de travail n'est pas nulle même si elle n'est pas complète. L'évaluation de la capacité de travail faite par la CRR me semble assez adéquate.

Néanmoins l'ensemble des facteurs étrangers à l'accident compromet gravement toute réinsertion professionnelle. »

Par décision du 16 octobre 2013, la CNA a clos le cas avec effet au 31 octobre 2013 pour les motifs suivants :

« D'après le résultat de l'examen du 09.10.2013 effectué par notre médecin-conseil, il n'y a plus, aujourd'hui, de séquelles de l'accident nécessitant un traitement. Les troubles dont vous vous plaignez encore actuellement ne peuvent plus s'expliquer, organiquement, comme étant des séquelles de l'accident dont vous avez été victime. En effet, vous présentez des troubles psychiques. Selon la jurisprudence, les effets de tels troubles doivent être indemnisés par l'assureur-accidents lorsqu'ils ont un rapport déterminant en droit avec l'accident. La nature et la gravité de l'accident, la durée de l'incapacité de travail due aux troubles physiques ainsi que certains facteurs en rapport avec le processus de guérison jouent ici un rôle décisif. Ces conditions ne sont pas remplies dans votre cas. L'événement accidentel lui-même peut tout au plus être considéré comme ayant été de gravité moyenne. Il n'y a ni caractère particulièrement impressionnant ni circonstances concomitantes au sens de la jurisprudence actuelle. »

L'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision et produit les réponses apportées le 6 août 2013 par le Dr T. _____ à un

questionnaire de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Le médecin traitant indiquait que l'évolution était stationnaire avec persistance des céphalées pariéto-occipito-cervicales gauches, présentes pratiquement tous les jours et très invalidantes. Il estimait la capacité de travail de 0% dans l'activité de maçon en raison des céphalées invalidantes post-traumatiques, cette incapacité étant présente depuis le mois d'octobre 2010, date de son traumatisme crânien. Dans une activité adaptée, il estimait difficile de se prononcer sur la question, une évaluation neuropsychologique pouvant apporter des informations utiles sur la capacité de concentration du patient. Il ne notait actuellement pas de limitations fonctionnelles au niveau ostéoarticulaire et objectivait des risques de chute dans la position debout. S'agissant du traitement en cours, il mentionnait que le patient bénéficiait d'un traitement de Lyrica. Il lui paraissait difficile de se prononcer sur le pronostic concernant l'évolution des céphalées dans la mesure où l'évolution jusqu'à ce jour était stationnaire.

Le Dr W._____, médecin d'arrondissement de la CNA, s'est prononcé le 20 novembre 2013. Selon lui, il ressortait sans équivoque des actes au dossier, notamment de l'examen neurologique du 25 avril 2012, qu'il ne persistait chez l'assuré que des troubles subjectifs, sans substrat clairement identifiable, dans les suites d'un traumatisme crânio-cérébral léger. S'agissant des troubles psychiques, il soulignait l'épisode dépressif moyen, en relation de causalité naturelle partielle avec l'accident.

La CNA a rejeté l'opposition par décision du 29 novembre 2013. Après avoir rappelé la jurisprudence fédérale relative aux accidents avec traumatisme de la colonne cervicale, lésions équivalentes ou traumatismes cranio-cérébraux, ainsi que les critères jurisprudentiels pour l'appréciation de la causalité adéquate en cas d'accident de moyenne gravité, la CNA s'est prononcée comme suit :

« En l'occurrence, au plan médical, vu les faits et le dossier médical, comme notamment diagnostiqué après l'accident par le Dr M._____, (§A supra), il est constant que l'assuré a subi un traumatisme crânien, qualifié de TCC léger par les docteurs S._____, (FMH neurologie), médecin associé, X._____, (FMH

neurologie), Chef de service, et D._____, médecin assistant, service de réadaptation en neurologie, Clinique romande de réadaptation, à Sion (CRR), dans leur rapport du 1^{er} février 2012. Puis, comme en partie rappelé dans l'opposition, l'ensemble du dossier médical révèle que, depuis l'accident en question, l'assuré est sujet à des céphalées et à des vertiges, puis, plus tard, à des troubles psychogènes et à des difficultés attentionnelles légères. Cela étant, en dépit des nombreux et répétés examens d'imagerie, réalisés en partie immédiatement après l'accident, qui n'ont pas mis de lésions traumatiques structurelles en évidence, comme cela ressort de l'ensemble des conclusions des médecins de toutes les disciplines concernées, fondés sur de nombreuses évaluations et analyses, nul n'est en mesure d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante exigé par la jurisprudence l'existence d'atteintes à la santé qui, au sens de la catégorie I, reposent 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 dues à l'accident.

A cet égard, il ressort notamment du rapport du Dr L._____, médecin agréé auprès du service de neurologie de la Clinique de médecine interne de F._____, du 23 février 2011, que l'IRM cérébrale ne montrait aucune lésion significative et du rapport du Dr K._____ PD, MER, Médecin chef de l'unité d'otoneurologie et d'Audiologie, Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Z._____, à [...], du 31 août 2011, que celui-ci a conclu, sur le plan vestibulaire, que l'examen otoneurologique clinique et instrumental était normal sans évidence d'une atteinte organique séquellaire de l'accident du 15 octobre 2010. Il s'agissait donc de vertiges post-traumatiques non-spécifiques, essentiellement sous forme d'une instabilité posturale persistante et de vertiges brefs de mobilisation, probablement aggravés par une composante d'anxiété, symptômes vertigineux en relation de causalité avec l'accident du 15 octobre 2010, et a posé le diagnostic de vertiges post-traumatiques sans lésion vestibulaire. Il ressort du rapport des médecins de la CRR évoqués plus haut, qu'au plan ORL il n'y avait pas d'argument pour une atteinte vestibulaire organique périphérique ou centrale, et du rapport d'examen neurologique du Dr S._____ du 25 avril 2012, que l'examen neurologique détaillé était rassurant, ne montrant pas de signe pour une lésion vestibulaire ni de déficit neurologique focal. Enfin, il ressort du rapport du Dr H._____ (FMH rhumatologie), à U._____, du 16 mai 2012, qu'une pathologie cervicale à l'origine du syndrome douloureux persistant allégué devait être écartée. Un CT-Scan cervical du 7 juin 2012 a été en substance considéré comme superposable à celui d'octobre 2010 par le Dr [...], service de radiologie de U._____.

Au total, force est d'admettre que l'assuré a subi un TCC sans lésions organiques traumatiques. Tout le dossier converge vers des avis médicaux superposables à ce sujet. Contrairement à ce que sous-tendent les motifs de l'opposition, qui n'apporte au demeurant aucun avis médical motivé démontrant un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle mise en évidence par des méthodes d'investigation techniques/d'imagerie scientifiquement reconnues à l'encontre de tout ce qui précède, un lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles rapportés plus haut et

l'accident assuré ne peut pas être admis sans autre. Cependant, s'agissant de la causalité naturelle, celle-ci n'a nullement été remise en question par la décision attaquée, qui après avoir nié des séquelles organiques de l'accident assuré, s'est prononcée sur la question de la causalité adéquate. En effet, il convient en l'espèce de constater l'existence d'atteintes à la santé de la catégorie II décrite plus haut et de troubles psychogènes en relation de causalité naturelle avec l'accident assuré.

4.

La causalité adéquate, niée par la décision attaquée, apparaît avoir été méconnue par l'opposant. A cet égard, dans le cadre de la présente décision sur opposition, il convient de préciser que, d'un point de vue objectif, l'accident assuré relève sans aucun doute de la catégorie des accidents de moyenne gravité.

S'agissant des autres critères déterminants, la chute de la poutre en cause démontre une relative intensité. Cela étant, d'un point de vue objectif, le déroulement et les circonstances de l'accident assuré n'apparaissent pas particulièrement impressionnants et ne révèlent pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques. A cet égard, il peut être encore utile de noter que l'assuré a travaillé une dizaine d'année dans le domaine du bâtiment. Une atteinte cérébrale traumatique légère n'est pas propre à déclencher des troubles psychiques (arrêt du TFA U 43/02 du 6.9.2002). Aucune erreur de traitement aucune complication n'est à déplorer. L'assuré n'a pas suivi de traitement spécifique continu et pesant. Il n'apparaît pas que l'assuré aurait été constamment et de manière significative entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs. Et il ressort du rapport des docteurs S._____, X._____, et D._____ du 1^{er} février 2012 (cité supra), que les céphalées disparaissaient complètement avec la prise d'antidouleurs. Il peut être pertinent de souligner le fait que les plaintes alléguées n'ont pas empêché l'assuré de suivre régulièrement des cours de français à Fribourg, certes limités à une heure par séance. Aussi, pour le moins, ce critère n'apparaît être rempli de façon frappante. Enfin, le critère de l'incapacité de travail importante malgré les efforts avérés, pour être rempli, n'apparaît pas non plus pouvoir l'être de façon telle qu'il permette à lui seul de retenir l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et fonctionnels litigieux et l'accident assuré. Partant, les deux seuls critères dont l'opposant aurait pu se prévaloir ne suffisent pas à retenir un lien de causalité adéquate, relation qui doit être niée.

En d'autres termes, faute de relation de causalité adéquate entre les troubles fonctionnels et psychiques litigieux et l'accident assuré, celui-ci n'ouvre (plus) aucun droit aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire. »

B. P._____ a formé recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 17 janvier 2014, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que des prestations d'assurance-accidents lui sont allouées, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à la CNA pour

nouvelle décision. Il estime qu'il convient encore d'investiguer sa situation par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (neurologique, oto-rhino-laryngologique et psychiatrique) aux fins de rechercher si l'accident n'a pas causé d'atteintes physiologiques persistantes. En outre, il soutient que l'événement du 15 octobre 2010 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents graves, permettant de reconnaître un lien de causalité adéquate entre cet accident et les troubles psychiques qu'il a entraînés, du fait de ses circonstances, de la gravité des lésions, de la nature du traitement médical, des douleurs physiques persistantes et de l'incapacité de travail qui perdure. S'agissant de dite incapacité, il énonce des conclusions médicales diamétralement opposées et la nécessité de l'évaluer au moyen d'une expertise médicale. Il requiert également la tenue d'une audience et l'audition de J._____, responsable de l'accident.

Par décision du 22 janvier 2014, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 janvier 2014 et désigné Me Antonella Cereghetti Zwahlen en qualité d'avocate d'office.

Dans sa réponse du 21 février 2014, l'intimée conclut au rejet du recours. Se référant aux considérations de la décision attaquée, elle souligne l'absence de lésions traumatiques structurelles démontrées, de même que l'absence d'une causalité adéquate au sens de la jurisprudence entre les troubles annoncés et l'événement assuré.

Dans ses déterminations subséquentes, le recourant requiert, en sus du témoin déjà énoncé, l'audition de A._____ et E._____, présents sur le chantier le jour de l'accident.

C. Le 6 juin 2014, le dossier de l'assurance-invalidité a été produit. Il en résulte que le recourant a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations le 3 novembre 2011.

Le dossier comporte par ailleurs les pièces suivantes :

- un rapport du 30 novembre 2011 adressé à l'OAI par le Dr R._____, lequel posait les diagnostics de vertiges post-traumatiques sans lésion vestibulaire objectivable et de surdité mixte droite sur tympanosclérose, ce dernier diagnostic n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail. Le Dr R._____ indiquait en outre ce qui suit :

« Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

Patient, maçon de profession, qui, le 15 octobre 2010, sur son lieu de travail a été victime d'un accident où il fut frappé par une poutre métallique sur le côté gauche du crâne ayant occasionné un traumatisme crânio-cérébral avec perte de connaissance brève. Les examens radiologiques du même jour puis les suivants n'ont pas décelé de lésions traumatiques au niveau cérébral. Par contre depuis cet accident, le patient signale une symptomatologie d'instabilité posturale à type de tangage et d'ébriété associée à des vertiges rotatoires plutôt brefs lors des mouvements brusques de la tête associés à une hypersensibilité aux stimulations optocinétiques. A noter également des céphalées post-traumatiques fréquentes et quotidiennes. Du point de vue auditif, le patient ne signalait aucune hypoacousie avant l'accident et après. Par contre, lors des explorations audiovestibulaires, mise en évidence d'une surdité à droite qui a nécessité une exploration chirurgicale avec découverte d'une séquelle d'otite moyenne chronique avec tympanosclérose et blocage de la chaîne ossiculaire. Du point de vue vestibulaire, l'enregistrement vidéonystagmographique n'a pas montré de déficit vestibulaire. Sont donc suspectés des troubles otolitiques. Le patient a par la suite été adressé au Z._____ par la SUVA pour une expertise. Une posturographie a été effectuée qui a conclu à des performances de l'équilibre globalement satisfaisantes outre un déplacement vers l'arrière du centre de gravité posturale mais aussi une faible utilisation de la proprioception dans l'organisation sensorielle de l'équilibre. Seul un traitement symptomatique fut prescrit associé à une physiothérapie vestibulaire.

Constat médical : A ce jour, persistance des vertiges avec souvent tendance à la chute lors de la mobilisation brusque. Les épreuves d'équilibration confirment l'instabilité. L'otoscopie est dans les normes et l'audition montre la persistance d'une surdité de transmission droite.

[...]

Pronostic

Défavorable étant donné la persistance de l'instabilité et des vertiges rotatoires associés parfois à des chutes malgré les différentes séries de physiothérapie vestibulaire. » ;

- un rapport du 27 février 2013 du Dr T._____, retenant les diagnostics affectant la capacité de travail de vertiges post-traumatiques sans lésion vestibulaire objectivable, céphalées pariéto-occipitales gauches persistantes et surdité droite mixte à prédominance de transmission sur tympanosclérose bloquant la chaîne ossiculaire, et les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de status post-énucléation de l'oeil gauche à l'âge de 7 ans et troubles de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive. Le Dr T._____ indiquait en outre ce qui suit :

« Constat médical

Objectivement, en ce qui concerne les vertiges et les céphalées depuis l'accident de travail survenu en 2010, vous trouverez, en annexe, les conclusions des divers examens spécialisés, demandés par la SUVA jusqu'en avril 2012. L'examen neurologique du 25.04.2012 avait incité à proposer un suivi psychologique ; nous avons dès lors adressé le patient au Dr G._____, CM-CB à U._____. Ce dernier le suit encore à l'heure actuelle. Des radiographies de la colonne lombaire suivies d'un examen spécialisé de rhumatologie, également annexé, ne permettent pas de retrouver une explication à l'origine du syndrome douloureux, hormis un petit fragment osseux au niveau de la partie antérieure du trou occipital d'allure non inquiétante et sans changement par rapport à l'examen précédent (octobre 2010). Le patient a également suivi de nombreuses séances de physiothérapie avec renforcement de la musculature cervicale, sans amélioration. Nous nous proposons de référer encore le patient dans un service d'antalgie en cas d'échec des dernières modifications du traitement antalgique qui vient d'être instauré.

A noter qu'à la suite de fortes douleurs thoraciques, le 12.11.2012 et en raison d'une anomalie à l'ECG, le patient est transféré en urgence au Z._____. La coronographie ne montrait cependant pas de lésion coronarienne significative malgré une hypokinésie antéro-septo-apicale. La fonction cardiaque est alors abaissée mais reste dans la limite inférieure de la norme un mois après l'événement avec une FE du ventricule gauche à 55 %. D'autres investigations cardiologiques, dont une ergométrie sont encore en cours. »

- un rapport du Dr R._____ daté du 4 avril 2014, énonçant les diagnostics de vertiges paroxystiques invalidants d'origine post-traumatique, de surdité mixte droite à prédominance de transmission sur tympanosclérose évolutive et d'important syndrome subjectif d'origine post-traumatique. Il exposait par ailleurs ce qui suit :

« Nature et importance du traitement actuel :
Proposition d'appareillage acoustique pour la surdité.

En ce qui concerne le problème vertigineux, persistance malgré des séances de réadaptation et demeurant d'origine indéterminée mais limitant fortement le patient du point de vue physique. Actuellement pas de traitement particulier.

[...]

Remarques :

L'hypoacousie unilatérale peut être améliorée par un appareillage acoustique bien adapté. Par contre, l'état actuel du patient est caractéristique d'un syndrome post-traumatique avec des vertiges invalidants qui empêchent toute réadaptation ou tout reclassement professionnel. »

D. Une première audience d'instruction s'est tenue le 7 octobre 2014 au cours de laquelle A._____ a été entendu. Il a déclaré notamment ce qui suit :

« J'ai rencontré le recourant au travail. J'étais chef d'équipe. J'ai donné au recourant et à son collègue un pignon à faire. Une poutrelle de 3 mètre 90 était appuyée contre le pignon, à l'intérieur de celui-ci. Le recourant était également à l'intérieur, au bas de la poutrelle, sous la dalle du premier étage. Son collègue devait enlever le serre-joint qui se trouvait sous l'échafaudage à l'extérieur. Il y a eu une mauvaise coordination et le collègue a enlevé le serre-joint trop vite. La poutrelle est tombée sur la dalle puis sur la tête du recourant. Je n'ai pas vu l'accident. Je ne peux pas vous dire si le recourant a vu la poutrelle tombée ou s'il tournait le dos. Le recourant est tombé puis il s'est relevé avec l'aide d'un apprenti. Je voulais l'emmener à l'hôpital mais il a dit que ça allait et il a continué à travailler jusqu'à la fin de la journée, mais péniblement. Je ne l'ai jamais revu depuis. Je sais que ce type d'accident est arrivé mais je n'en avais jamais vu personnellement en 28 ans de carrière. La poutrelle pèse environ 20 kilos et c'est une chute violente quand on la reçoit sur le corps. Le recourant a eu peur. Après le choc il a eu de la peine à finir la journée. Avant, il a toujours fait le travail que je lui demandais de faire. En ce qui me concerne, je n'ai pas donné d'ordre pour que Monsieur J._____ soit licencié suite à l'accident. »

Une seconde audience s'est tenue le 4 décembre 2014. Le recourant ayant renoncé à l'audition du témoin J._____, seul E._____ a été entendu. Ses déclarations ont la teneur suivante :

« Je suis maçon et j'étais à l'époque apprenti chez Z._____ SA où le recourant travaillait aussi. Il nettoyait des panneaux lorsqu'un autre collègue, qui était à 4 mètres au-dessus, sur l'échafaudage, a détaché le serre-joint qui retenait une poutrelle, laquelle lui est tombée dessus. J'ai vu la poutrelle tomber, je lui ai dit de faire attention, il s'est retourné, il n'a pas pu bouger mais a juste eu le temps de voir la poutrelle arriver. Les dimensions de la poutrelle sont 4 mètres de haut, 10 centimètres de large et 20 centimètres de

profondeur. Ce qui était arrivé était impressionnant. Le recourant a été blessé à la tête, il avait très mal mais ne saignait pas. Je lui ai donné de la glace pour qu'il l'applique sur l'endroit blessé, pour qu'il ait moins mal. Il a continué à travailler pendant 2 ou 3 heures puis il a arrêté, pour finir la journée. Interpellé par Me Hack, je précise que le recourant était conscient et qu'il était choqué. J'ai moi-même eu très peur. Le recourant avait une grosse bosse. C'était normal après ce qui est arrivé que le recourant n'ait pas repris le travail le lendemain. En ce qui concerne la non-reprise de travail après l'accident, je ne sais pas ce qu'il s'est passé par la suite. Interpellé par Me Derivaz, je précise que le recourant ne portait pas de casque au moment de l'accident. »

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud ; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment) ; il est donc recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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).

b) Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 31 octobre 2013, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité (naturelle et adéquate) entre les troubles existant au-delà de cette date et l'accident du 15 octobre 2010.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, 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'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant

essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales. 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 (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).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine* ; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références citées ; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 80, p. 865) ; le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4, U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

4. 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 présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait

que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

5. En l'espèce, le 15 octobre 2010, le recourant a subi un traumatisme crânio-cérébral, diagnostic qualifié de léger par les médecins de la CRR. L'évolution a été défavorable avec persistance de céphalées et de troubles vertigineux, sans que les nombreux examens d'imagerie ne mettent en évidence de lésions organiques traumatiques, et avec l'apparition de troubles psychiques.

a) Singulièrement, au jour de l'accident, la Dresse M. _____ diagnostique un traumatisme crânien chez un patient se plaignant de céphalées hémicrâniennes gauches et de vertiges. Le status neurologique se révèle normal et l'examen neurologique réalisé cinq jours plus tard aboutit au même résultat ; les CT-Scan cérébraux effectués les 15 et 20 octobre 2010 ne mettent pas en évidence de lésion traumatique. En outre, l'IRM cérébrale réalisée le 16 février 2011 au Département de radiologie de l'Hôpital de F. _____ ne révèle aucune lésion significative.

Sur le plan vestibulaire, aucune atteinte n'est mise en évidence lors de l'examen otoneurologique du Dr V. _____ du 16 novembre 2010. L'examen clinique et instrumental réalisé à l'Unité d'otoneurologie et d'audiologie du Z. _____ le 24 août 2011 est normal, sans évidence d'une atteinte organique séquellaire de l'accident du 15 octobre 2010. Le Dr K. _____ retient le diagnostic de vertiges post-traumatiques sans lésion vestibulaire objectivable, exposant qu'il s'agit de vertiges post-traumatiques non-spécifiques, essentiellement sous forme d'une instabilité posturale persistante et de vertiges brefs de mobilisation, probablement aggravés par une composante d'anxiété. Il estime qu'au vu de l'histoire clinique et de la chronologie des événements, les symptômes vertigineux sont en relation de causalité avec l'événement assuré.

Dans leur rapport du 1^{er} février 2012, les Drs S._____, X._____, et D._____ de la CRR posent notamment les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral léger, de céphalées pariéto-occipitales gauches persistantes et de vertiges post-traumatiques sans lésion vestibulaire objectivable. Le Dr S._____ procède à un nouvel examen neurologique détaillé le 25 avril 2012 lequel se révèle rassurant, ne montrant pas de signe pour une lésion vestibulaire ni de déficit neurologique focal. Il constate notamment la persistance de céphalées occipitales gauche et préconise de ce fait des radiographies de la colonne cervicale. Ces radiographies se révèlent dans les limites de la norme selon les termes du rhumatologue H._____ ; particulièrement, l'alignement est parfait sans signe d'instabilité et il n'y a pas de trouble dégénératif notoire. De l'examen du rachis cervical et du résultat des radiographies précitées, il estime qu'une pathologie cervicale à l'origine du syndrome douloureux persistant tel qu'allégué par l'assuré doit être écartée. Finalement, le CT-Scan cervical réalisé le 7 juin 2012 apparaît comme superposable au CT-Scan réalisé le 15 octobre 2010 ; les structures osseuses se présentent de façon inchangée par rapport à l'examen effectué le jour de l'accident.

b) Lors du séjour à la CRR, le consilium psychiatrique révèle un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, développé lors de la prise de conscience de la durée de la convalescence et des répercussions socio-économiques. Lors de son examen du 25 avril 2012, le Dr S._____ constate de nombreux signes d'anxiété, une thymie nivelée vers le bas, estimant que la composante psychique prend largement le dessus eu égard à l'examen neurologique qui se veut rassurant ; il mentionne le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive. Cinq mois plus tard, le psychiatre traitant, le Dr G._____, pose le diagnostic d'épisode dépressif moyen, diagnostic confirmé - avec la précision « avec syndrome somatique » - par le psychiatre conseil de la CNA, le Dr C._____, à l'issue de son examen du 9 octobre 2013, en raison des idées suicidaires, de l'humeur triste, du retrait social et de la perturbation des fonctions instinctuelles. Le Dr

C._____ considère que les troubles psychiques présentés par l'assuré sont en lien de causalité naturelle partielle avec l'accident du 15 octobre 2010, eu égard au fait que c'est à la suite de cet événement qu'il a présenté progressivement une baisse de l'humeur, étant souligné que des facteurs étrangers à l'accident aggravent la symptomatologie dépressive. Le Dr C._____ exclut par ailleurs le diagnostic d'état de stress post-traumatique en raison de l'absence de symptômes typiques et de conduites d'évitement.

c) Au vu des considérations qui précèdent, sur la base du dossier médical du recourant - tant des différents examens d'imagerie que des évaluations des médecins interpellés -, force est de constater l'absence de déficit organique objectivable. Si les diagnostics de traumatisme cranio-cérébral, de vertiges post-traumatiques sans lésion vestibulaire et de céphalées pariéto-occipitales persistantes doivent être admis, les troubles dont se plaint encore le recourant ne peuvent plus s'expliquer, organiquement, comme étant des séquelles de l'accident du 15 octobre 2010. Le Dr W._____ relève à cet égard qu'il ne persiste, chez l'assuré, que des troubles subjectifs, sans substrat clairement identifiable, dans les suites d'un traumatisme cranio-cérébral léger, auquel s'ajoute un épisode dépressif moyen, en relation de causalité naturelle partielle avec l'accident.

6. a) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel 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 ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une

atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées).

b) Concernant 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, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9). Il est nécessaire, 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.

aa) Il faut donc d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même.

En l'occurrence, l'accident est décrit comme un violent choc de la tête contre une poutre de 3,9 mètres de long, d'un poids de 20 kilos environ, entraînant la chute du recourant sur le sol. Ce dernier, qui ne portait pas de casque de chantier, a perdu connaissance pendant quelques minutes selon ses dires (le témoin E. _____ ayant déclaré que le recourant était conscient), s'est relevé puis a continué à travailler jusqu'à la fin de la journée, ne consultant à l'Hôpital intercantonal de U. _____ qu'à 17 heures 40, étant souligné que l'accident s'est produit aux environs de 11 heures. Le recourant a quitté l'hôpital le jour même, à l'issue des examens de contrôle.

Au vu du déroulement de l'accident et des précédents jurisprudentiels (voir notamment RAMA 2005 n° U 555 p. 322 et U 458/04 consid. 3.4.1, RAMA 1999 n° U 330 consid. 4b/bb et 1998 n° U 307 consid. 3a), l'événement du 15 octobre 2010 constitue un accident de gravité moyenne qui n'est ni à la limite des accidents de peu de gravité ni à celle des accidents graves. Ainsi, contrairement à ce que le recourant soutient, il n'atteint pas la catégorie des accidents à la limite des accidents graves (TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.1 et les références citées).

bb) Lorsque l'accident est de gravité moyenne, l'existence ou l'inexistence d'un rapport de causalité adéquate ne peut être déduite de la seule gravité objective de l'accident. Conformément à la jurisprudence (ATF 134 V 109), il convient dans un tel cas de se référer en outre, dans une appréciation globale, à d'autres circonstances objectivement appréciables, en relation directe avec l'accident ou apparaissant comme la conséquence directe ou indirecte de celui-ci.

En cas d'atteintes à la santé (sans preuve de déficit organique) consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, auxquels une atteinte psychique se surajoute, la jurisprudence distingue, pour apprécier le caractère adéquat du rapport de causalité, selon l'importance de l'atteinte à la santé psychique.

Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique, on applique les mêmes critères que pour une atteinte psychique (ATF 115 V 133 et 115 V 403) en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques. L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation

de la causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a ; RAMA 2002 n° U 465 p. 437 consid. 3b [U 164/01]), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b [U 96/00] ; également ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 et 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

Les critères à examiner pour un accident de gravité moyenne sont alors les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (ATF 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5c/aa).

Le recourant soutient remplir cinq critères, à savoir celui du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, de la gravité des lésions, de la durée du traitement médical, de l'intensité des douleurs et de l'importance de l'incapacité de travail.

La survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas, en soi, à conduire à l'admission de ce critère.

Le fait que le recourant ait été frappé violemment à la tête par une poutre présente certes un caractère relativement intense sans toutefois conférer à l'accident un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. A titre de comparaison, le Tribunal fédéral a admis ce critère dans le cas d'un assuré qui, lors de travaux de démolition de boxes de garages, s'est trouvé pressé contre une benne de déchets par un pan de mur en plâtre s'écroulant sur lui tandis que le toit menaçait également de s'effondrer et qui a subi plusieurs fractures à la suite de cet événement nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours (TF U 89/99 du 10 juillet 2000). Le Tribunal fédéral a par ailleurs nié ce critère dans plusieurs cas de traumatismes crâniens avec perte de connaissance consécutifs à une chute (TF 8C_383/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 7.2.2 et les arrêts cités). Le critère n'est donc pas rempli.

S'agissant du critère des lésions particulièrement graves, un traumatisme cranio-cérébral ne suffit pas à lui seul. Il faut encore que le traumatisme ait une gravité particulière ou que des circonstances particulières influencent la symptomatologie (TF U 339/06 consid. 5.3, U 380/04 consid. 5.2.3). Il peut s'agir d'une position particulière lors de l'accident avec les complications qui en résultent (TF U 339/06 consid. 5.3, U 193/01 consid. 4.3). De même des blessures importantes parallèlement au traumatisme cranio-cérébral peuvent être significatives (ATF 134 V 109 consid. 10.2.2).

En l'espèce, le diagnostic de traumatisme crânien est posé le jour même de l'accident, avec le constat d'un status neurologique normal ; les CT-Scan cérébraux réalisés les 15 et 20 octobre 2010 n'ont pas mis en évidence de lésion traumatique. L'IRM cérébrale effectuée en février 2011 ne révèle également aucune lésion significative. Les médecins de la CRR retiennent des céphalées pariéto-occipitales gauches persistantes et des vertiges post-traumatiques sans lésion vestibulaire objectivable pouvant être liées au traumatisme cranio-cérébral léger. L'examen neurologique ultérieur du Dr S. _____ est rassurant, en l'absence de signe pour une lésion vestibulaire ou déficit neurologique.

Au vu de ce qui précède, particulièrement en l'absence de lésion osseuse ou neurologique, le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions ne peut être retenu. Il n'y a aucune lésion propre à entraîner un trouble psychique.

Le critère de l'administration prolongée du traitement médical ne saurait également être rempli. En effet, les nombreuses investigations médicales auxquelles l'assuré s'est soumis (hormis le séjour à la CRR) n'ont pas eu de but thérapeutique mais étaient destinées à établir l'existence d'une atteinte organique liée à l'accident, nonobstant le caractère rassurant des examens conventionnels effectués. Les mesures thérapeutiques proprement dites ont consisté en un traitement médicamenteux (notamment antalgique), en des séances de physiothérapie et en un suivi psychiatrique bimensuel dès le courant 2012. A toutes fins utiles, on précisera que l'opération du 1^{er} avril 2011 (exploration de l'oreille moyenne droite par voie endaurale avec tympanoplastie de type I et libération de la chaîne ossiculaire) résultait des troubles auditifs du recourant, dont le lien de causalité avec l'accident a été nié par décision du 23 avril 2012, entrée en force.

Dans cette continuité, on peut relever qu'aucune erreur de traitement ni complication n'est à déplorer. Il n'y a pas non plus d'indices pour admettre des difficultés ou complications importantes au cours de la guérison, ce que le recourant ne relève au demeurant pas.

Le critère des douleurs physiques persistantes requiert non seulement que l'assuré ait subi des douleurs qui, de manière plausible, le gênent considérablement dans la vie quotidienne mais aussi que ces douleurs aient été présentes sans interruption notable entre l'accident et la clôture du cas (ATF 139 V 109 consid. 10.2.4).

Depuis l'accident, le recourant présente une symptomatologie vertigineuse persistante et se plaint de céphalées temporo-paritérales gauches. Les médecins de la CRR, relatant les dires de l'assuré, mentionnent que les céphalées disparaissent complètement avec la prise

d'antidouleur et les vertiges, pour autant qu'ils soient assimilables à des douleurs, aux changements de position ont bien diminué à l'issue du séjour. Ces vertiges ne sont susceptibles d'empêcher des activités en hauteur, les médecins de la CRR énonçant la possibilité de reprendre une activité manuelle à 100% (avec un rendement diminué à 50% dans un premier temps), sans travail en hauteur, eu égard au séjour en ateliers professionnels ; il est en outre noté une bonne évolution et un travail de manière autonome avec une qualité partiellement bonne. Par ailleurs, on constate, à l'instar de l'intimée, que les plaintes alléguées n'ont pas empêché le recourant de suivre de manière régulière des cours de français, certes limités à une heure par séance, dans le cadre de mesures mises en œuvre par l'OAI.

Ainsi, si le critère des douleurs persistantes peut être donné, il ne se manifeste toutefois pas dans une mesure qualifiée, et il n'apparaît pas que le recourant soit constamment et de manière significative entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs.

Le critère relatif au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, pour autant qu'ils ne soient pas seulement dus aux troubles psychiques, pourrait éventuellement être considéré comme réalisé.

Dans cette hypothèse il y a lieu de rappeler que l'intéressé doit faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7). L'absence de toute tentative de reprise d'une activité lucrative sur trois ans se heurte en l'occurrence au suivi régulier de cours de français pris en charge par l'OAI. De plus, moins d'une année après l'accident, le Dr K. _____ mentionne une reconversion professionnelle dans une activité au sol, en privilégiant par exemple l'ancienne profession d'ébéniste de l'assuré, lui permettant ainsi de débiter une activité à 50%, à adapter selon l'évolution. Des dires du Dr K. _____, le recourant se sentait capable de reprendre un travail dans cette activité s'il pouvait rester au sol. Il est en outre reconnu à l'assuré

une capacité de travail de 100% dans une activité manuelle qui ne soit pas en hauteur, avec un rendement diminué à 50% dans un premier temps, en janvier 2012, soit au terme du séjour à la CRR.

cc) En conclusion, en retenant l'hypothèse la plus favorable au recourant, seuls les deux derniers critères examinés pourraient entrer en ligne de compte, mais ni l'un ni l'autre ne revêt en l'occurrence une importance particulière.

Or, pour un accident de gravité moyenne, qui n'est ni à la limite des accidents de peu de gravité ni à celle des accidents graves, il faut un cumul de trois critères sur sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (SVR 2010 UV n° 25 p. 100 consid. 4.5 [8C_897/2009]), ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

Le lien de causalité adéquate entre les troubles subis par le recourant et l'accident n'est ainsi pas établi.

dd) Même si l'on considérait que les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin » n'étaient pas relégués au second plan, la solution serait la même.

Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral ne sont pas relégués au second plan par une atteinte psychique, on applique par analogie les mêmes critères que pour une atteinte psychique mais avec certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 10.3). Ces critères, pour un accident de gravité moyenne, sont formulés de la manière suivante :

- 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.

Pour les mêmes motifs que ceux évoqués ci-dessus, ces critères ne sont dans leur majorité pas réalisés et aucun d'eux ne s'est manifesté de manière particulièrement marquante, ce qui conduit à nier le lien de causalité adéquate.

7. Le dossier est complet au plan médical sur l'objet du litige, avec des avis médicaux convergeant sur les points essentiels ; il permet dès lors à la Cour de statuer. L'étendue de l'incapacité de travail n'a pas à être approfondie plus avant eu égard aux considérations relatives au rapport de causalité, étant rappelé que l'examen de la causalité adéquate est une question de droit, dont la réponse incombe à l'administration, respectivement au juge, non pas aux médecins. Partant, la mise en œuvre d'une expertise médicale n'apporterait vraisemblablement aucune constatation nouvelle.

Rappelons que si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 119 V 335 consid. 3c; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

8. En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision attaquée étant confirmée.

a) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

b) Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est provisoirement à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant sera tenu à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) et le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, Me Antonella Cereghetti Zwalhen a produit une liste de ses opérations le 23 mai 2016, chiffrant à 20 heures et 12 minutes les prestations d'avocat et d'avocat-stagiaire (6 heures et 48 minutes, respectivement 13 heures et 24 minutes), ses débours à 200 francs. Cette liste a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte que le montant total d'honoraires s'élève à 2'698 fr. ([6 heures et 48 minutes x 180 fr.] + [13 heures et 24 minutes x 110 fr.]), auquel s'ajoute 8% de TVA - soit 215 fr. 85 - ainsi que 216 fr. de débours, soit au total 3'129 fr. 85.

c) Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 17 janvier 2014 par P. _____ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 29 novembre 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Antonella Cereghetti Zwahlen, conseil du recourant P. _____, est arrêtée à 3'129 fr. 85 (trois mille cent vingt-neuf francs et huitante-cinq centimes), TVA comprise.
- 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 des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis 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 à :

- Me Antonella Cereghetti Zwahlen (pour P._____)
- Me Olivier Derivaz (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents)
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :