

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 décembre 2015

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Eric Muster, avocat 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 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant français né en 1979, maçon de formation, arrivé en Suisse en 2005, était engagé depuis le 5 mars 2007 en tant que menuisier par l'entreprise de placement de personnel G._____ SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 8 juillet 2007, l'assuré a été victime d'un accident de parapente lors duquel il a été précipité au sol d'une hauteur de quinze mètres après la fermeture de sa voile en phase d'atterrissage, sous le coup de fortes rafales de vent. Il a été transporté le jour même à l'Hôpital de D._____, où il a été traité chirurgicalement pour une fracture ouverte Gustilo IIIA de la jambe droite, ainsi que pour une fracture instable type burst de L3 avec paraplégie initialement incomplète de type ASIA C. S'en suivront plusieurs séjours en milieu hospitalier sur plus de deux ans, notamment en raison de complications infectieuses au niveau de la fracture ouverte de la jambe droite.

L'accident susdit a été annoncé à la CNA, qui a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

Ultérieurement, l'assuré s'est également annoncé auprès de l'assurance-invalidité (AI).

B. A l'occasion d'un séjour dans le service de paraplégie de la Clinique [...] (ci-après : la Clinique V._____) du 12 août au 16 septembre 2008, l'assuré s'est notamment vu prescrire de la Mirtazapine (Remeron®) afin d'améliorer la qualité de son sommeil et de diminuer un état de stress lié à l'hospitalisation et au sevrage antalgique (cf. rapport du 19 septembre 2008 de la Clinique V._____).

Aux termes d'un rapport du 7 juillet 2009, B._____, psychologue FSP, a exposé qu'elle suivait l'assuré depuis le 4 mars 2009, celui-ci s'étant présenté avec une demande de thérapie de soutien pour un état anxio-dépressif réactionnel aux conséquences de son accident de parapente. Elle a précisé que le pronostic était bon, observant en particulier que l'humeur s'était rapidement améliorée et était actuellement vécue comme satisfaisante par le patient, dont l'anxiété, bien qu'atténuée, se manifestait toutefois encore quotidiennement en fin de journée.

Du 15 septembre au 2 octobre 2009, l'assuré a séjourné à la Clinique V._____ pour y faire un bilan de santé. Dans ce contexte, un consilium psychiatrique a été mis en œuvre le 17 septembre 2009 par la Dresse M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a exposé en particulier ce qui suit dans son rapport du 6 octobre 2009 :

"Le 08.07.2007, [l'assuré] a fait une chute en parapente, à l'origine de la problématique actuelle. [...]

Au cours de l'hospitalisation au Centre hospitalier S._____, le patient a développé des troubles anxieux avec oppression thoracique et troubles du sommeil, à l'origine d'une prescription de Remeron lors d'un précédent séjour à la Clinique V._____. En raison d'une péjoration dépressive avec découragement et anhédonie, le médecin traitant a remplacé le Remeron par la Fluoxétine. Ce traitement a permis une amélioration environ 3 semaines après son introduction. Malheureusement, des effets secondaires gênants sont apparus : céphalées, nausées, troubles sexuels, et réapparition de la symptomatologie anxiodépressive depuis quelques jours. Un suivi psychologique par Mme B._____ à X._____ s'est déroulé de mai [recte : mars] à juillet dernier, jusqu'au déménagement du patient à [...]. [...]

Les plaintes psychiques sont actuellement au premier plan, avec le sentiment d'un malaise intérieur important évoluant depuis 6 mois environ.

[...]

Diagnostics

Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2)

Etat de stress post traumatique au décours (F43.1)

Appréciation

Ce patient est examiné 2 ans après une chute en parapente. L'évaluation psychiatrique met en évidence deux problématiques : un état de stress post traumatique au décours, et un trouble anxieux dépressif mixte, comorbidité en relation avec l'accident, d'installation relativement récente (6 mois). [...]

Evolution durant le séjour

L'état psychique du patient s'est beaucoup amélioré avec diminution de la symptomatologie anxio-dépressive. [...]

Le patient ne présente actuellement pas d'incapacité de travail durable pour motif psychiatrique. La possibilité de suivre une phase I n'est grevée d'aucune contre-indication psychiatrique, tout au plus faudra-t-il veiller au risque de surcharge (fatigabilité, capacité de résistance), mais le patient semble positif face à cette proposition. Une mesure de réadaptation professionnelle tenant compte des limitations décrites ci-dessus ne peut qu'améliorer l'état psychique du patient.

La reprise d'un suivi psychiatrique est importante, et le patient a été vivement encouragé à faire une démarche dans ce sens."

Dans leur rapport de synthèse du 27 octobre 2009, les médecins de la Clinique V._____ ont encore précisé que l'incapacité de travail dans la profession de menuisier ou de maçon était totale pour une durée prolongée mais que, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues sur le plan somatique, une pleine capacité de travail était envisageable.

En date du 11 mars 2010, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a retenu que, du fait des fractures subies le 8 juillet 2007, l'assuré n'était plus à même d'exercer son activité habituelle mais disposait en revanche d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée. Quant aux diagnostics d'état de stress post-traumatique au décours et d'état anxieux et dépressif mixte, ils étaient considérés comme n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail.

Par rapport du 13 septembre 2010 faisant suite à un examen médical final du 10 septembre 2010, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie et traumatologie et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu qu'à trente-huit mois de l'accident, l'évolution était globalement extrêmement favorable. Il a relevé que la fracture-éclatement de L3 avec para-parésie sensitive et motrice avait complètement guéri avec comme

séquelles des douleurs modérées du rachis lombaire et de la musculature para-vertébrale lors d'efforts plus importants ou lors de station debout prolongée. Quant à la fracture ouverte du tiers distal de la jambe droite de stade Gustilo IIIA, si elle avait connu une évolution très difficile avec pseudarthrose infectée nécessitant quatorze interventions chirurgicales, le résultat était actuellement très favorable avec consolidation des fractures et guérison du status infectieux ainsi que des différentes plaies et greffes. Cela dit, l'assuré s'en sortait à ce niveau également avec des séquelles modérées sous forme de douleurs de la jambe droite en cas d'efforts, de marches prolongées et de ports de charges, ainsi qu'avec le développement d'un œdème modéré du tiers distal de la jambe lors des stations debout prolongées. Le Dr F. _____ a ajouté que la poursuite du traitement ne permettait pas d'escompter une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré et que la liquidation du cas était envisagée. Concernant l'exigibilité, le Dr F. _____ a retenu que l'intéressé devait éviter le port de charges supérieures à 10 kg, la montée et la descente particulièrement d'escaliers et d'échafaudages, le travail dans l'humidité, ainsi que les activités en porte-à-faux ou dans des positions mettant le rachis lombaire à contribution. Selon ce médecin, l'assuré pouvait en outre prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%.

Aux termes d'un compte-rendu du 14 novembre 2010 destiné au médecin conseil de la CNA, le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et U. _____, psychologue FSP, ont exposé que l'assuré avait suivi une psychothérapie déléguée du 4 janvier au 7 juin 2010 suite à des troubles anxio-dépressifs liés à son accident de parapente du 8 juillet 2007. Ils ont ajouté que, malgré une certaine irrégularité dans la psychothérapie et un ajustement médicamenteux difficile, le patient s'était relativement bien stabilisé du point de vue de l'humeur et de l'anxiété et que la thérapie avait été arrêtée d'un commun accord.

A la suite d'un examen psychiatrique réalisé le 1^{er} mars 2011, le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre conseil de la CNA, a fait part de ses conclusions dans un rapport rédigé le 18 mars suivant, dont on extrait ce qui suit :

"Diagnostic

Épisode dépressif en rémission partielle, épisode actuel de léger à moyen.

Discussion

Suite à un accident de parapente, l'assuré a présenté environ deux ans après l'accident une baisse progressive de sa thymie. Dans le cadre d'un traitement psychiatrique intégré réalisé par le Dr N._____, [...] il a présenté une évolution partiellement favorable.

Actuellement, il garde des symptômes résiduels tels que fatigue, impression de mal être, idées noires, idées d'abandon. Il a également des difficultés de mémoire ou de concentration. Ces éléments parlent en faveur d'un **épisode dépressif majeur en rémission partielle, actuellement d'intensité légère à moyenne**. En effet, l'assuré est capable de travailler, d'avoir des loisirs et des contacts sociaux. On ne relève plus de symptômes d'ESPT.

Cependant, les symptômes qu'il présente sont d'une intensité suffisante pour justifier une suite de traitement. Pour cette raison, je lui ai proposé de prendre contact avec son médecin traitant ou d'aller consulter un psychiatre en ville de [...] ou de se rendre à la Policlinique [...].

L'assuré a comme idée que les troubles qu'il présente actuellement seraient dus au traitement antidépresseur. Cette hypothèse étant incertaine, je lui ai proposé de garder le traitement actuel jusqu'au moment où il pourra discuter de la suite de la prise en charge avec son médecin.

Les troubles qu'il présente sont de nature à perturber légèrement son travail, cependant il dit être bien concentré mais avoir de la peine à apprendre.

Réponse aux questions

1. Monsieur A._____ [présente-t-il] des troubles psychiatriques en relation de causalité naturelle avec l'incident du 08.07.2007?

Les troubles que présente l'assuré sont en relation de causalité pour le moins probable.

2. Ces troubles justifient-ils un traitement médical?

Oui, il faut que l'assuré reprenne un traitement psychiatrique intégré, avec traitement médicamenteux et psychothérapie.

3. Entraînent-ils une incapacité de travail?

Les troubles que présente l'assuré sont de nature à rendre plus difficile le travail, mais ne semblent pas d'un niveau suffisant pour justifier une incapacité de travail.

4. Sont-il[s] de nature à justifier une atteinte à l'intégrité?

Il est trop tôt pour pouvoir se prononcer sur ce point."

Par certificat médical du 16 mars 2011, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre Q._____, a attesté une incapacité de travail de 20% du 15 mars au 1^{er} août 2011 « à raison de 6 heures d'activités professionnelles quotidiennes au maximum, ceci pour raison médicale ».

Le 3 mai 2011, alors qu'étaient en cours des mesures de réadaptation de l'AI, l'assuré s'est entretenu avec la personne en charge de son dossier au sein de cette assurance pour évoquer les difficultés qu'il rencontrait sur le plan de sa santé psychique. Il a notamment précisé qu'il sentait à nouveau un manque d'énergie, de force et d'envie et qu'il n'arrivait pas à se motiver pour sa formation même si le secteur d'activité retenu (horlogerie) lui plaisait. A cela s'ajoutait que les médicaments n'apportaient plus l'effet escompté, qu'il ne parvenait plus à se concentrer et qu'il se sentait mal dans sa peau, envisageant d'interrompre son reclassement pour partir faire de la méditation à l'étranger durant trois à douze mois. Toujours dans le cadre de la réadaptation mise en place par l'AI, il est ressorti d'un rapport intermédiaire du 5 juillet 2011 que le psychologue de l'assuré - un certain M. R._____- confirmait une péjoration importante de l'état de santé psychique, avec des problèmes de concentration, des ruminations, des angoisses et un rapport à la réalité faussé. Cela étant, la réadaptation mise en œuvre a été interrompue pour être ensuite reprise dès le mois de décembre 2011, l'intéressé ayant dans l'intervalle séjourné durant une dizaine de jours dans un monastère à [...] et bénéficié de consultations hebdomadaires auprès du Dr G._____ (cf. rapport intermédiaire de l'AI du 7 décembre 2011). S'entretenant avec un collaborateur de la CNA le 21 février 2012, l'assuré a signalé qu'il allait bien, ayant toutefois stoppé les antidépresseurs, n'étant plus suivi par le Dr G._____ et présentant des ruminations et des pensées négatives. Il est par ailleurs résulté d'un rapport intermédiaire de l'AI du 28 mars 2012 que l'assuré avait présenté un court arrêt de travail après avoir spontanément choisi d'interrompre son traitement médicamenteux, que

sa compliance était désormais à nouveau d'actualité et qu'il avait réintégré l'atelier le 26 mars 2012 à 50%, ce taux devant être augmenté à 100% dès la semaine suivante.

Aux termes d'un procès-verbal d'entretien téléphonique du 16 avril 2012 avec un collaborateur de la CNA, l'assuré, interné à l'Hôpital psychiatrique de C._____, a indiqué avoir « *pété les plombs* » et ingurgité des médicaments en quantité à une date dont il ne se souvenait toutefois plus, mais probablement juste avant Pâques.

D'une lettre de sortie établie le 30 mai 2012 par les Dresses GG._____ et HH._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante à l'Hôpital psychiatrique de C._____, il est résulté que l'assuré avait séjourné dans ledit établissement du 4 avril au 14 mai 2012, pour une prise en charge d'un épisode dépressif sévère avec intoxication volontaire à l'alcool, médicaments et cannabis. Dans ce contexte, il a été observé que l'intéressé présentait une fragilité de base en raison de troubles mixtes dépressifs et anxieux avec des symptômes de PTSD [trouble de stress post-traumatique] dans le passé et une consommation de plusieurs toxiques, avec actuellement toujours une dépendance au cannabis, et qu'il y avait eu une aggravation de sa symptomatologie anxio-dépressive probablement en lien avec l'arrêt du traitement antidépresseur en décembre 2011, l'aggravation de son état psychique ayant conduit à un isolement et à l'arrêt du programme de réinsertion avec des idées suicidaires. A titre de diagnostics différentiels, étaient mentionnés un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, versus un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives (symptômes résiduels et psychotiques de survenue tardive), une suspicion d'une phobie sociale, des difficultés d'adaptation, ainsi qu'un possible trouble schizophrénie-forme ou trouble schizo-typique - étant rappelé que les diagnostics de trouble de l'humeur mixte (anxieuse et dépressive) et de PTSD avaient été évoqués dans le passé.

A teneur d'une lettre de sortie du 3 juillet 2012, les Drs GG.____ et II.____, médecin assistant à l'Hôpital psychiatrique de C.____, ont exposé que l'assuré avait à nouveau été hospitalisé du 16 au 28 mai 2012 pour une mise à l'abri d'idéations suicidaires scénarisées dans un contexte de solitude. Ils ont en particulier noté que la dépression avait commencé à l'époque de l'accident en 2007 mais que l'intéressé déclarait avoir dépassé cet événement pour lequel il ne se culpabilisait pas. Etaient retenus les diagnostics de solitude (Z60.2) et d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01).

Dans un rapport du 12 juillet 2012 adressé à la CNA, les Drs P.____ et O.____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie au Centre Q.____, ont notamment exposé ce qui suit :

"Sur le plan psychiatrique, ce patient a initialement développé un épisode d'un état de stress post traumatique se manifestant par des états de crise d'angoisse, des réminiscences sous la forme de flashbacks et des cauchemars rappelant, pendant de nombreux mois, les souvenirs traumatiques de sa chute. Au début de l'année 2009, l'état psychique de M. A.____ s'est péjoré, marqué par l'apparition d'un épisode dépressif moyen à sévère, sous la forme d'un état de tristesse et de fatigue, d'une diminution de l'élan vital, d'une absence de plaisir à effectuer des activités, d'un pessimisme avec une vision sombre de l'avenir, de troubles du sommeil sous forme de difficultés d'endormissement et de cauchemars, avec des réveils au petit matin, des sentiments d'inutilité et de culpabilité. Au cours de l'évolution, M. A.____ a pris contact avec notre établissement et a débuté une prise en charge psychique et psychothérapeutique depuis le mois de mars 2011.

Eléments évolutifs :

Au cours de l'évolution, M. A.____ a été récemment hospitalisé à l'Hôpital psychiatrique de C.____ en raison d'une aggravation de son état dépressif, séjours lors duquel une adaptation de son traitement médicamenteux est effectuée. Depuis sa sortie d'hôpital, M. A.____ est régulièrement suivi à notre consultation, bénéficiant d'un traitement psychiatrique intégré incluant un suivi médical psychiatrique, une psychothérapie de soutien et un suivi par notre assistante sociale."

Un entretien de réseau a été effectué le 30 janvier 2013 au Centre Q.____ entre l'assuré, un collaborateur de la CNA, le Dr P.____ et différents intervenants. Il en est notamment ressorti que, pour le Dr P.____, l'aggravation psychiatrique survenue depuis le

printemps 2012 pouvait être associée à deux causes : d'une part, les conséquences de l'accident et la trajectoire de vie de l'assuré, avec un retour de voyage qui ne se serait pas bien passé récemment, et, d'autre part, la reprise soutenue d'une consommation de cannabis en rechute par rapport à une dizaine d'années plus tôt.

En date du 31 janvier 2013 a été interrompue la réadaptation de l'assuré sous l'égide de l'AI, cette assurance estimant que l'état de santé actuel de l'intéressé ne lui permettait pas de suivre le cursus entrepris dans le domaine de l'horlogerie.

A teneur d'un rapport du 7 février 2013, le Dr P._____ a expliqué qu'entre le printemps et la fin de l'année 2012, la symptomatologie dépressive de l'assuré avait évolué de manière fluctuante, avec une péjoration de la symptomatologie anxieuse s'apparentant à des crises de panique, voire des états dissociatifs ; l'intéressé avait en outre avoué avoir débuté une consommation régulière de cannabis. Cet état avait entraîné chez lui une aggravation de ses relations sociales, un repli sur soi et une rupture sentimentale. Au début de l'année 2013, il avait en outre verbalisé des idées auto-agressives en consommant sa médication avec de l'alcool et avait dès lors été hospitalisé à l'Hôpital psychiatrique de ZZ._____ jusqu'à la fin du mois de janvier. Dans ce contexte, son incapacité de travail était considérée comme totale pour une durée indéterminée.

Le 11 février 2013, les Drs BB._____, AA._____ et CC._____, respectivement chef de clinique et médecin assistantes à l'Hôpital psychiatrique de ZZ._____, ont établi un compte-rendu dont il ressortait que l'assuré avait été hospitalisé sur une base volontaire du 16 novembre au 6 décembre 2012, pour une mise à l'abri d'un risque auto-agressif. Dans leur rapport, ces médecins ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F33.01), de trouble de la personnalité sans précision (F60.9) et de syndrome de dépendance au cannabis avec utilisation actuelle de la substance (F12.24). A titre de facteurs de crise, étaient mentionnées trois hospitalisations en milieu

psychiatrique en 2012, une relation sentimentale difficile, des difficultés majeures dans la mesure de réinsertion mise en œuvre par l'AI et la nécessité de changement de logement fin 2012. Différentes tests avaient par ailleurs été effectués, qui avaient montré un quotient intellectuel (QI) de 77, correspondant à un fonctionnement intellectuel limite.

Par rapport du 30 mai 2013, les Drs BB._____ et DD._____, médecin assistante à l'Hôpital psychiatrique de ZZ._____, ont signalé que l'intéressé avait été admis en mode volontaire dans cet établissement du 3 au 21 janvier 2013, en raison d'une péjoration de la symptomatologie anxieuse et dépressive. Aux diagnostics précédemment évoqués dans le rapport du 11 février 2013, ils ont ajoutés ceux de syndrome de dépendance aux sédatifs, utilisation continue, et de fonctionnement intellectuel limite avec un QI total à 77. Ils ont également fait mention d'une amélioration du tableau clinique durant l'hospitalisation, avec une diminution des symptômes anxieux et dépressifs.

Les Drs EE._____ et FF._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant à l'Hôpital psychiatrique L._____, ont établi le 12 juin 2013 un rapport faisant état d'une nouvelle hospitalisation du 24 avril au 4 mai 2013, pour une demande de mise à l'abri dans le contexte d'une péjoration d'un syndrome dépressif avec des crises d'angoisse massives et des idées suicidaires scénarisées. Selon ces médecins, le diagnostic principal consistait en une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et le diagnostic secondaire en des troubles mentaux liés à l'utilisation de dérivés du cannabis avec syndrome de dépendance et utilisation continue (F12.25). Les Drs EE._____ et FF._____ ont relevé que, sur le plan anamnestique, l'assuré indiquait avoir des angoisses et souffrir de dépression depuis un accident de parapente en 2007. Ils ont observé que le patient décrivait des problèmes d'affirmation de soi et d'estime de soi, une importante consommation de cannabis, ainsi que des difficultés d'ordre relationnel. Ils ont par ailleurs mentionné avoir retrouvé, lors des entretiens, plusieurs éléments dans l'anamnèse pouvant laisser évoquer un trouble bipolaire, notamment des phases de plusieurs semaines où le patient disait se sentir

« *exceptionnellement bien* » avec une adhésion importante à la religion bouddhiste.

Alors qu'était en cours une nouvelle hospitalisation en milieu psychiatrique depuis le 4 septembre 2013, l'assuré a fait l'objet d'un examen le 1^{er} octobre 2013 par le psychiatre conseil de la CNA, le Dr E._____, lequel a fait part des observations suivantes dans son rapport du 29 octobre 2013 :

"6. Diagnostic

- Probables troubles dépressifs récurrents avec symptômes psychotiques,
- Troubles liés à l'utilisation de THC
- Probable trouble de la personnalité

7. Discussion

Suite à l'accident de parapente, l'assuré a présenté, sur le plan psychique, 4 phases distinctes:

-Immédiatement après l'accident, il n'a pas présenté de problèmes psychiques particuliers.

-Environ 2 ans après l'accident, il a présenté une baisse progressive de sa thymie avec des angoisses. Dans le cadre d'un traitement psychiatrique intégré, il avait présenté une évolution favorable. Lorsque je l'avais vu en mars 2011, il gardait des symptômes résiduels, tels que fatigue, impression de mal-être, des idées noires et d'abandon. Cependant, ces troubles étaient d'une intensité relativement faible, il pouvait travailler, avoir des loisirs et des contacts sociaux. Plus de signe de PTSD. Par la suite, l'évolution a continué à évoluer favorablement. Une réadaptation professionnelle dans l'horlogerie a été programmée auprès de l' [...].

-Par la suite l'assuré a présenté une rémission complète. Le 10.11.2011, M. [...], gestionnaire du cas, écrivait qu'après un break de plusieurs mois, l'assuré était à nouveau prêt à poursuivre les mesures professionnelles de l'AI. Le 28.02.2012, l'assuré a écrit qu'il était très content et que les trois premiers mois, le travail s'était très bien passé. Le 28.03.2012, l' [...] signale que l'assuré a bien progressé, que le choix professionnel est adéquat.

-La situation s'est fortement dégradée à partir d'avril 2012. L'assuré a été hospitalisé une première fois à l'Hôpital psychiatrique de C._____ pour un épisode dépressif sévère avec intoxication volontaire à l'alcool, aux médicaments et au THC. Depuis lors on relève 5 hospitalisations en milieu psychiatrique, la dernière en septembre 2013 à Z._____. Durant ces 18 mois, plusieurs diagnostics ont été évoqués (troubles dépressifs récurrents avec syndrome psychotique, troubles schizophréniformes, troubles

schizo-typiques, troubles de la personnalité, syndrome de dépendance aux THC, crise de panique, état dissociatif).

Selon les différents rapports, on retrouve à plusieurs reprises des éléments de type psychotique. Concernant la situation actuelle, on peut relever des troubles psychotiques, de l'agitation et une fugue qui ont nécessité une hospitalisation en chambre de soins intensifs à ZZ._____.

Actuellement, l'assuré a un traitement neuroleptique de Seroquel® 800mg/j. et d'Haldol® 5mg/j. avec un antidépresseur, Ciprallex® 20mg ainsi que du Zolpidem® et du Temesta®. Il signale de rares flash-back liés à l'accident de parapente.

Actuellement on peut retenir de probables troubles dépressifs avec syndrome psychotique, des troubles liés à l'utilisation de THC et probablement un trouble de la personnalité. Pour des renseignements plus précis, il faudra se référer à la lettre de sortie de l'Hôpital de Z._____.

Pour l'instant l'assuré doit continuer son traitement hospitalier, la capacité de travail actuelle est nulle.

Sur le plan de **la causalité naturelle**, on peut estimer que les troubles qu'a présentés l'assuré de 2009 à 2011 pouvaient être considérés comme étant de causalité naturelle pour le moins probable avec l'accident. En effet, on pouvait relever une baisse de l'humeur, des angoisses, ainsi que des symptômes de type état de stress post-traumatique. Ces troubles peuvent survenir après un accident. Le traitement psychiatrique intégré de l'assuré a été positif [...].

Par la suite, dans le cadre d'une situation stabilisée, l'assuré a été jugé par le SMR apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée et le début du stage à l' [...] s'est extrêmement bien passé. L'assuré a présenté une phase de rémission complète[.]

A partir d'avril 2012, on fait face à une symptomatologie complètement différente, avec abus d'alcool et de THC, troubles psychotiques, menaces suicidaires, troubles du comportement, troubles clastiques. Ces troubles font référence à une psychopathologie nettement plus sévère, inhabituelle suite à un accident, nécessitant des hospitalisations multiples, des suivis ambulatoires, un traitement de psychotropes combinant plusieurs neuroleptiques, des antidépresseurs et des anxiolytiques. Ces troubles sont survenus dans le cadre d'une consommation importante de THC, pouvant aller jusqu'à 15 à 20 joints/j. Au vu [de] ces éléments, on peut retenir une causalité naturelle possible entre l'accident du 08.03.2011 [recte : 08.07.2007].

Réponses aux questions :

1. Sommes-nous en présence d'une personnalité pré-morbide avec facteur prédisposant ?

Il est difficile de répondre à cette question, l'assuré étant actuellement sous traitement neuroleptique et a de la peine à

fournir des informations anamnestiques précises. Cependant, si l'on se réfère aux différents rapports hospitaliers, on peut relever dans les lettres de sortie de ZZ._____ un trouble de la personnalité sans précision et dans la lettre de sortie de L._____, on relève une personnalité émotionnellement labile de type *borderline*.

2. Ces 5 hospitalisations en milieu psychiatrique sont-elles de nature à remettre en question votre appréciation (votre examen du 01.03.2011) ? Si oui, de quelle manière ? Avec incidence sur la capacité de travail et exigibilité ?

Non, en 2011 l'assuré présentait une évolution favorable avec des symptômes résiduels. L'évolution a d'ailleurs continué à évoluer d'une manière favorable, confirmée par le SMR qui a évalué ses capacités de travail à 100 % puis par le fait que l'assuré a pu, pendant quelque[s] temps, reprendre un emploi à 100 %.

3. M. A._____ présente-t-il encore des troubles psy en relation de causalité naturelle avec l'accident du 08.07.2007 ? Si oui, lesquels ?

L'assuré présente depuis mars 2012 des troubles récurrents, de type troubles de l'humeur, des troubles psychotiques, des troubles liés à l'utilisation du THC, des troubles anxieux, des troubles de la personnalité[.]

Concernant la causalité naturelle, on peut retenir actuellement une causalité naturelle possible entre les troubles actuels et l'accident du 08.07.2007.

4. Entraînent-ils une incapacité de travail ? Totale ? Partielle ?

Actuellement, l'assuré est hospitalisé en milieu psychiatrique, il a un traitement neuroleptique qui l'a bien stabilisé. Cependant, les troubles sont suffisamment sévères pour justifier une incapacité de travail totale.

5. Sont-ils de nature à justifier une atteinte à l'intégrité ?

Il est trop tôt pour pouvoir se prononcer sur ce point."

En date du 11 février 2014, la CNA s'est vu transmettre par l'AI différentes lettres de sortie émanant de la Fondation de Z._____, dont il résultait que l'assuré avait été hospitalisé auprès de cet établissement le 6 avril 2013, du 2 au 7 septembre 2013 et du 13 septembre au 30 octobre 2013. Lors du premier séjour, motivé par une crise d'angoisse avec abus de cannabis et de benzodiazépines, les diagnostics retenus avaient consisté en un syndrome de dépendance au cannabis (F12.2), un syndrome de dépendance aux benzodiazépines (F13.2) et un épisode dépressif moyen (F32.1) (cf. lettre de sortie du 23 août 2013). A l'occasion du deuxième séjour, dans le cadre d'une dépression avec idées suicidaires

scénarisées et tentamen médicamenteux, la prise en charge s'était avérée compliquée au point que l'assuré avait été transféré en chambre de soins. Dans ce cadre avaient été retenus les diagnostics de schizophrénie indifférenciée (F20.3), de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), anamnétique, de status post tentamen médicamenteux, de syndrome de dépendance au cannabis avec utilisation actuelle de la substance (F12.24) et de syndrome de dépendance aux sédatifs avec utilisation actuelle de la substance (F13.24) (cf. lettre de sortie du 27 novembre 2013). Après un passage par l'Hôpital psychiatrique de ZZ._____, l'intéressé avait réintégré pour la troisième fois la Fondation de Z._____, où avait été constatée une recrudescence d'angoisses envahissantes qu'il essayait de gérer avec des consommations importantes de cannabis et des benzodiazépines ; l'assuré rapportait en outre des hallucinations auditives et évoquait, à titre de facteur de crise, une solitude avec une désinsertion sociale et professionnelle massive. Les médecins avaient alors posé les diagnostics de trouble schizoaffectif (F25), de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), anamnétique, de dépendance au cannabis avec utilisation actuelle de la substance (F12.24) et de syndrome de dépendance aux sédatifs avec utilisation actuelle de la substance (F13.24) (cf. lettre de sortie du 7 novembre 2013).

Par décision du 24 mars 2014, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, mais a en revanche refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Sur ce dernier point, la Caisse a exposé que l'accident du 8 juillet 2007 avait provoqué des troubles orthopédiques au sujet desquels une aptitude au travail de 100% avait été reconnue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles définies à l'occasion de l'examen médical du 10 septembre 2010, où la stabilisation du cas avait été établie. Elle a ajouté que les mesures professionnelles initiées par l'AI avaient été interrompues le 31 janvier 2013 pour des raisons étrangères aux suites de l'accident du 8 juillet 2007 et que, si la réadaptation avait été menée à terme, elle aurait permis la réalisation d'un gain identique, voire supérieur, à celui que l'intéressé aurait pu obtenir sans accident. Aussi ne pouvait-il y avoir lieu à

une rente d'invalidité sous cet angle, étant précisé que des contrôles médicaux seraient toutefois encore pris en charge. Se référant par ailleurs à l'examen psychiatrique du 1^{er} octobre 2013, la CNA a considéré que les troubles dont l'assuré se plaignait à ce jour ne se trouvaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 8 juillet 2007 mais relevaient des suites d'une maladie. Elle en a déduit que, sur ce plan, l'intéressé ne pouvait pas prétendre à des prestations d'assurance.

En date du 26 mars 2014, l'assuré s'est vu adressé un projet de décision de l'AI dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2008 au 31 janvier 2010 puis à nouveau à compter du 1^{er} janvier 2014.

Par acte de son conseil du 8 mai 2014, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision de la CNA. Il a fait valoir, en résumé, qu'il y avait lieu d'admettre un lien de causalité naturelle et adéquat entre ses troubles psychiques et l'événement du 8 juillet 2007, respectivement qu'il incombait à tout le moins à la CNA de mettre en œuvre une expertise afin d'éclaircir la question, dès lors que le rapport du 29 octobre 2013 du Dr E. _____ n'excluait aucunement l'existence d'un tel lien de causalité. L'assuré a par ailleurs contesté le taux de l'atteinte à l'intégrité retenu par la Caisse, qui ne tenait pas compte de ses troubles psychiques.

Par décision sur opposition du 26 mai 2014, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Pour l'essentiel, elle a retenu que le Dr E. _____ avait certes admis dans son avis du 18 mars 2011 une probable relation de causalité entre l'accident les troubles psychiques présentés à l'époque par l'intéressé. Néanmoins, dans son rapport du 29 octobre 2013, ce médecin avait estimé que les troubles psychiques (invalidants) développés à partir de 2012 résultaient d'une symptomatologie complètement différente de celle qui prévalait auparavant, concluant en outre à la rémission des troubles psychiques antérieurement diagnostiqués et considérant que les atteintes subsistant en l'état étaient en relation de causalité naturelle possible avec l'accident du 8 juillet 2007. Pour la CNA, il s'ensuivait que cet accident ne jouait plus aucun rôle dans les troubles

psychiques actuellement litigieux. Les avis du Dr E._____ apparaissant du reste pleinement probants, il n'y avait ainsi pas lieu de compléter l'instruction du dossier.

C. Agissant par l'entremise de son conseil, A._____, alors domicilié à K._____ (VD), a recouru le 26 juin 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à la réforme de celle-ci et à la prise en charge des suites de l'événement du 8 juillet 2007 y compris sur le plan psychique, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvel examen et complément d'instruction. Il sollicite par ailleurs le bénéfice de l'assistance judiciaire et requiert, à titre de mesures d'instruction, l'audition des Drs P._____ et J.J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par le biais de questionnaires médicaux, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise en vue de déterminer si ses troubles psychiques sont dus de façon certaine, probable ou seulement possible à l'accident du 7 [recte : 8] juillet 2007. Sur le fond, le recourant se prévaut de la gravité de l'accident subi, de sa nature particulièrement impressionnante et des hospitalisations qui en ont résulté avec une évolution difficile au niveau de la jambe droite, situation ayant nécessité d'intenses séances de rééducation. Il ajoute que persistent des séquelles physiques, qu'il a en outre dû se résoudre à abandonner son activité de menuisier désormais inadaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, que sa réinsertion s'est révélée difficile, qu'il se trouve en outre limité dans ses loisirs et que la souffrance morale découlant de l'accident du 8 juillet 2007 a été importante. Cela étant, le recourant estime qu'au vu de la gravité de l'accident subi et des conséquences engendrées par celui-ci, un lien de causalité naturelle et adéquate entre cet événement et ses troubles psychiques doit être admis. L'assuré reproche de surcroît à la CNA d'avoir exclusivement fondé sa position sur le rapport du 5 novembre [recte : 29 octobre] 2013 du Dr E._____, sans égard aux rapports émanant de ses médecins traitants et faisant état d'un lien de causalité manifeste. Il critique également la distinction effectuée par le Dr E._____ entre la période allant de mi-2009 à mi-2011 et celle prévalant depuis 2012, contestant qu'une quelconque

rémission soit intervenue dans l'intervalle. A cet égard, il fait valoir qu'il a continué à bénéficier d'un suivi psychiatrique durant ce laps de temps et que des symptômes d'ordre psychiques ont pu être constatés dès le début de l'année 2011 dans le cadre de la réadaptation mise en œuvre par l'Al. Il souligne encore que loin d'exclure l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et ses troubles psychiques, le rapport du 29 octobre 2013 du Dr E._____ indique que ce lien est possible ; or, si la CNA doutait malgré tout de l'existence d'un lien de causalité, il lui incombait de demander d'autres expertises complémentaires. Cela étant, le recourant allègue qu'il y a lieu de confier une nouvelle expertise à un expert indépendant.

A l'appui de son recours, A._____ produit un onglet de pièces comportant notamment un compte-rendu (non signé) adressé le 9 juillet 2013 au médecin-conseil de la CNA par le Centre Q._____, dont on extrait ce qui suit :

"M. A._____ est suivi à notre consultation depuis le mois de mai 2012 après une hospitalisation en milieu psychiatrique à C._____ du 4 avril 2012 au 14 mai 2012 pour mise à l'abri d'un risque suicidaire après une intoxication volontaire à l'alcool, médicaments et cannabis dans le cadre d'un épisode dépressif sévère.

Depuis le début de cette prise en charge, le patient présentait les symptômes d'un épisode dépressif moyen à sévère, associé à un trouble anxieux chronique, ainsi qu'une modification durable de la personnalité liée à une expérience de catastrophe, ceci se manifestant notamment par des expériences de dissociation. [...]."

En date du 1^{er} juillet 2014, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 26 juin 2014 et désigné son mandataire, Me Eric Muster, en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 21 août 2014, l'intimée, sous la plume de son mandataire, a conclu au rejet du recours. Invoquant l'avis de son psychiatre conseil, elle retient que les troubles psychiques invalidants dont le recourant est actuellement affecté – soit une psychopathologie sévère survenue dans le cadre d'une consommation importante de THC, couplée avec un abus d'alcool au moment de la prise de médication – ont été développés à partir d'avril 2012 seulement, et non pas dans les suites

immédiates de l'accident. Elle rappelle que, selon son psychiatre conseil, ces troubles ne se trouvent qu'en relation de causalité possible avec l'accident du 8 juillet 2007, mais qu'il ne s'agit en revanche pas de troubles directement liés à cet événement au degré de la vraisemblance prépondérante. Elle en infère que l'accident ne joue plus de rôle dans l'existence des problèmes psychiques actuellement en question. La Caisse estime également que le Dr E._____ a établi des avis convaincants et qu'il n'y a pas lieu de douter de son impartialité.

Répliquant le 16 septembre 2014, le recourant maintient ses précédents motifs et conclusions.

Dupliquant le 9 octobre 2014, l'intimée confirme son appréciation.

Par écriture du 17 mars 2015 se référant à une lettre de sortie consécutive à une nouvelle hospitalisation durant la période du 6 janvier au 6 mars 2015, le recourant insiste sur le « *lien de causalité directe* » entre ses troubles psychiques et les suites de l'accident du 8 juillet 2007. Il souligne en outre que c'est suite aux troubles dépressifs liés à son accident qu'il a pris des stupéfiants. Il s'en tient pour le surplus à la position défendue jusqu'alors.

De la lettre de sortie susdite, rédigée le 5 mars 2015 par les Drs Y._____ et T._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante à l'Hôpital psychiatrique L._____, on extrait notamment ce qui suit :

"Motif d'hospitalisation

Hospitalisation demandée par l'hôpital de H._____ pour une symptomatologie dépressive sévère avec risque auto-agressif.

Diagnostic principal

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1)

Diagnostics secondaires / comorbidités actives

Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0)

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinent, mais dans un environnement protégé (F13.21)

Status après état de stress post-traumatique (F43.1)

Antécédents personnels

M. A. _____ a été hospitalisé dans plusieurs hôpitaux psychiatriques de Suisse romande depuis 2008, dans les suites d'un grave accident de parapente avec des complications multiples d'ordre orthopédique ayant nécessité plusieurs mois d'hospitalisation et des séjours de réadaptation. [...] A not[er] que M. A. _____ consommait plusieurs psychostimulants durant cette même période. [...]

M. A. _____ a bénéficié d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique à la consultation ambulatoire de l'Hôpital de Z. _____ depuis plusieurs années, jusqu'en août 2014, date de son départ en France.

Anamnèse actuelle

En août dernier, M. A. _____ quitte la Suisse pour la France, où il vivra chez son frère. Il semble que la cohabitation est difficile et finalement le patient décide de regagner la Suisse, fin novembre.

M. A. _____ vit seul dans un nouvel appartement à H. _____ et souffre de solitude. Il ne parvient à mettre en place ni activités sociale[s], ni suivi psychiatrique. En outre, devant ces difficultés, il majore progressivement sa consommation d'alprazolam, dont il possède plusieurs emballages, prescrit par un médecin en France et prend de manière anarchique le reste de sa médication. [...]

Discussion, évolution

[...]

Nous retenons le diagnostic actuel d'épisode dépressif moyen au vu de la persistance d'un abaissement thymique et introduisons la trazodone. Cette molécule est choisie pour la faible vraisemblance d'effet indésirable sur la libido ; M. A. _____ ayant déjà stoppé plusieurs traitements médicamenteux pour cette raison. Cette médication est correctement tolérée. Après évaluation avec le patient des différents diagnostics retenus et à la suite des discussions téléphoniques avec ses proches, il semble que le patient n'a présenté aucun trouble psychiatrique avant son accident de parapente de 2007.

M. A. _____ n'a, à l'heure actuelle, plus de permis de séjour en Suisse. Avec l'aide de notre assistante sociale, les démarches pour son retour en France ont été réalisées. Au vu de la bonne évolution clinique, l[e] patient quitte l'unité le 6 mars. Il organisera son départ pour la France depuis son domicile, avec l'aide de ses proches."

Se déterminant le 17 avril 2015, l'intimée estime que la lettre de sortie précitée n'est pas de nature à modifier sa position.

E n d r o i t :

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

En l'espèce, le recours introduit le 26 juin 2014 a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent pour en connaître, A. _____ ayant été domicilié à l'époque dans le canton de Vaud. Le présent pourvoi satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment). Il y a dès lors lieu d'entrer en matière sur le fond.

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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si l'intimée est tenue à prestations du fait des troubles psychiques présentés par le recourant, singulièrement si ces troubles se trouvent en lien de causalité avec l'accident de parapente survenu le 8 juillet 2007. En revanche, la prise en charge des affections somatiques induites par cet accident n'est, quant à elle, pas contestée par les parties.

3. a) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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 l'assurance sociale. 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. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références).

Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur 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_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et la jurisprudence citée). 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). 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 (cf. TF 8C_464/2014 précité loc. cit.).

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 (cf. TF 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4).

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, non par des

experts médicaux (cf. ATF 107 V 173 consid. 4b ; cf. TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En cas de troubles psychiques (seuls litigieux en l'espèce), les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (cf. ATF 117 V 359 consid. 6, 117 V 369 consid. 4, 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5), d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel lorsqu'un assuré a vécu un événement traumatisant sans subir d'atteinte physique ou que l'atteinte physique est mineure et ne joue qu'un rôle très secondaire par rapport au stress psychique subi (cf. ATF 129 V 177 consid. 4.2), ou encore d'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 (cf. ATF 134 V 109 et 117 V 359).

On relèvera notamment qu'en présence de troubles psychiques consécutifs à un accident qui a également provoqué un trouble somatique, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs permettant de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Il y a lieu d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, de prendre en considération un certain nombre d'autres critères déterminants (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa ; cf. TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 5.2 et 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.1 avec les références citées ; cf. également Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., Bâle 2007, nos 89 ss pp. 868 ss). Par contre, en cas de traumatisme consécutif à un choc émotionnel, l'examen de la causalité adéquate s'effectue conformément à la règle générale du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (cf. ATF 129 V 177 consid. 4.2).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans 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 comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; cf. TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA 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, 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

5. a) Il n'y a en l'occurrence lieu de se positionner que sous l'angle de la causalité naturelle.

De fait, la CNA s'est fondée sur l'appréciation de son psychiatre conseil, le Dr E._____, pour retenir que, lors du premier examen effectué par ce dernier en mars 2011, l'assuré présentait des troubles psychiques en relation de causalité probable avec l'accident du 8 juillet 2007. La Caisse a toutefois considéré que tel n'était plus le cas lors du second examen pratiqué par le Dr E._____ en octobre 2013, cet examen ayant montré que la symptomatologie présentée était différente de celle prévalant précédemment et ne se trouvait que dans une relation de causalité possible avec l'événement accidentel susdit. Pour l'intimée, les troubles alors constatés ne pouvaient donc plus être imputés à l'accident du 8 juillet 2007. En d'autres termes, la CNA a refusé d'assumer les troubles psychiques de l'assuré en raison de la seule absence d'un lien de causalité naturelle avec l'accident susdit, son psychiatre traitant ayant considéré qu'un tel lien n'était que possible et pas à tout le moins probable comme exigé par la jurisprudence (cf. consid. 3b supra). Ce prérequis n'étant pas réalisé, l'intimée ne s'est en conséquence pas prononcée sur la question du lien de causalité adéquate.

Le recourant, de son côté, a contesté le point de vue de la Caisse en faisant valoir que ses troubles psychiques étaient à mettre sur le compte de son accident de parapente. Sous cet angle, la motivation de

l'assuré est toutefois empreinte d'une certaine confusion. A la lecture de son argumentaire, il apparaît en particulier que l'intéressé n'a qu'imparfaitement saisi la notion de causalité naturelle telle que définie par la jurisprudence, puisqu'il s'est prévalu à cet égard de l'appréciation du Dr E._____ qualifiant uniquement de possible et non d'au moins probable la relation entre les troubles litigieux et l'accident du 8 juillet 2007 (cf. notamment mémoire de recours du 26 juin 2014 p. 23). En outre, on ne saurait s'arrêter sur les développements du recourant concernant les exigences relatives à la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident ayant également provoqué un trouble somatique (cf. mémoire de recours du 26 juin 2014 p. 19 ss ; cf. consid. 3c supra), attendu que cet aspect n'a été à aucun moment abordé par l'intimée et n'a, par conséquent, pas à être tranché par la Cour de céans (sauf à priver l'assuré de la garantie de la double instance).

Cela précisé, il convient à ce stade d'examiner si les rapports médicaux au dossier permettent de résoudre la problématique ici litigieuse, soit l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les affections psychiques dont souffre le recourant et l'accident de parapente dont il a été victime au cours de l'été 2007.

b) Il est constant que, dans son rapport d'examen psychiatrique du 18 mars 2011, le Dr E._____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif en rémission partielle, épisode actuel léger à moyen. Il a relevé que l'assuré avait connu une baisse progressive de sa thymie environ deux ans après l'accident, qu'il avait présenté une évolution favorable dans le cadre du traitement psychiatrique dispensé par le Dr N._____ et que persistaient encore des symptômes résiduels - tels que fatigue, impression de mal-être, idées noires, idées d'abandon - ainsi que des difficultés de mémoire ou de concentration, ces symptômes étant jugés suffisants pour justifier une suite de traitement ; on ne décelait en revanche plus de symptômes d'état de stress post-traumatique. Cela étant, le Dr E._____ a considéré que les troubles affectant l'assuré étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 8 juillet 2007, qu'un traitement psychiatrique intégré avec traitement

médicamenteux et psychothérapie s'avérait nécessaire, que les troubles en question étaient de nature à rendre plus difficile le travail, sans pour autant justifier une incapacité de travail, et qu'il était encore trop tôt pour se prononcer quant à une atteinte à l'intégrité.

Aux termes de son rapport d'examen psychiatrique du 29 octobre 2013, ce même médecin a posé les diagnostics de probables troubles dépressifs récurrents avec symptômes psychotiques, de troubles liés à l'utilisation de THC et de probable trouble de la personnalité. A cette occasion, le Dr E. _____ a indiqué que le cas de l'assuré pouvait être subdivisé en quatre phases distinctes, considérant qu'il n'y avait pas eu de problèmes d'ordre psychique immédiatement après l'accident, que l'intéressé avait ensuite présenté une baisse progressive de sa thymie avec des angoisses environ deux ans après l'accident mais que la situation avait évolué positivement par après - déjà lors de l'examen de mars 2011 - jusqu'à atteindre une rémission complète, avant qu'une forte dégradation ne survienne à partir d'avril 2012. Cela étant, le Dr E. _____ a retenu que les troubles présentés entre 2009 et 2011 se trouvaient dans un rapport de causalité en tout cas probable avec l'accident, que la situation s'était ensuite stabilisée avec une phase de rémission complète illustrée par le début prometteur de la mesure de réadaptation mise en œuvre par l'AI, mais que la symptomatologie survenue dès avril 2012 était en revanche complètement différente et faisait référence à une psychopathologie nettement plus sévère, inhabituelle suite à un accident. Le Dr E. _____ en a déduit que la causalité naturelle n'était que possible entre les troubles présents depuis 2012 et l'événement accidentel du 8 juillet 2007, considérant en outre qu'il était trop tôt pour se prononcer quant à une atteinte à l'intégrité.

c) Nombre d'éléments incitent toutefois à s'écarter de l'appréciation du Dr E. _____.

aa) On ne peut tout d'abord souscrire aux quatre phases distinguées par ce médecin.

Certes, l'analyse du dossier révèle qu'aucune problématique psychique spécifique n'a été rapportée dans les suites immédiates de l'accident du 8 juillet 2007. On trouve toutefois la référence à une prescription d'antidépresseur (Remeron®) déjà au cours de l'été 2008 dans le cadre d'un séjour à Clinique V._____, du fait de troubles du sommeil et d'un état de stress lié à l'hospitalisation et au sevrage antalgique (cf. rapport du 19 septembre 2008 de la Clinique V._____ p. 3). La situation s'est ensuite péjorée sur le plan de la dépression et a nécessité l'introduction d'un nouvel antidépresseur (Fluoxétine®), qui a permis une amélioration environ trois semaines plus tard mais a entraîné des effets secondaires, avec finalement la réapparition de la symptomatologie anxiodépressive (cf. rapport du 6 octobre 2009 de la Dresse M._____ p. 2). L'assuré a en outre bénéficié de mars à juillet 2009 d'une thérapie de soutien auprès de la psychologue B._____ pour un état anxio-dépressif réactionnel aux conséquences de son accident, avec une évolution considérée à l'époque comme positive (cf. rapport du 7 juillet 2009). Cette progression doit toutefois être fortement nuancée puisque du consilium psychiatrique réalisé en septembre 2009 à la Clinique V._____ par la Dresse M._____, il est ressorti que les plaintes psychiques étaient alors au premier plan, avec un sentiment de malaise intérieur important évoluant depuis six mois environ - soit précisément lorsque l'intéressé était suivi par la psychologue B._____. La psychiatre de la Clinique V._____ a en outre opéré une distinction claire entre le diagnostic d'état de stress post-traumatique au décours et celui de trouble anxieux et dépressif mixte depuis six mois en relation avec l'accident subi (cf. rapport du 6 octobre 2009 p. 2). Par la suite, de janvier à juin 2010, l'assuré a bénéficié d'une prise en charge auprès du psychiatre N._____ et de la psychologue U._____ pour les troubles anxio-dépressifs liés à l'accident du 8 juillet 2007, suivi interrompu d'un commun accord ensuite d'une stabilisation du point de vue de l'humeur et de l'anxiété (cf. rapport du 14 novembre 2010). Le 16 mars 2011, alors qu'était en cours un programme de réadaptation mis en œuvre par l'AI et que venait d'avoir lieu l'examen psychiatrique réalisé le 1^{er} mars 2011 par le Dr E._____, une incapacité de travail de 20% « *pour raison médicale* » jusqu'au 1^{er} août 2011 a été attestée par le Dr G._____ du Centre Q._____, où

l'intéressé était suivi depuis mars 2011 (cf. rapport du 12 juillet 2012 des Drs P._____ et O._____ p. 2). Dans le cadre du programme de réadaptation susdit, l'assuré a en outre signalé dès le mois de mai 2011 une recrudescence de ses troubles psychiques, soulignant en particulier qu'il se sentait mal dans sa peau et que la médication prescrite n'apportait plus l'effet escompté ; le psychologue traitant de l'époque a également confirmé, en juillet 2011, une péjoration importante de l'état de santé psychique, avec des problèmes de concentration, des ruminations, des angoisses et un rapport à la réalité faussé. Le stage que suivait l'assuré sous l'égide de l'AI a alors été interrompu pour n'être repris qu'en décembre 2011, l'intéressé ayant dans l'intervalle effectué de la méditation et bénéficié d'une prise en charge hebdomadaire auprès du Dr G._____. Après avoir stoppé ce suivi et décidé de ne plus prendre ses antidépresseurs, l'assuré, toujours sous le coup de ruminations et d'idées noires, s'est brièvement trouvé en arrêt de travail en mars 2012 pour réintégrer l'atelier à 50% dès le 26 mars 2012, un passage à 100% étant prévu dès la semaine suivante. Dans le cadre d'une aggravation de la symptomatologie anxio-dépressive en lien avec l'arrêt du traitement antidépresseur en décembre 2011 (cf. lettre de sortie de l'Hôpital de C._____ du 30 mai 2012 p. 3), l'intéressé s'est finalement trouvé hospitalisé en milieu psychiatrique dès le mois d'avril 2012 - situation qui aboutira à l'interruption de son stage au 31 janvier 2013 et qui se répétera à plusieurs reprises par la suite, la dernière fois du 6 janvier au 6 mars 2015.

De ce qui précède, il ressort en particulier que contrairement à l'avis du Dr E._____, on peut difficilement parler de rémission complète entre l'examen psychiatrique de mars 2011 et l'hospitalisation d'avril 2012. Il apparaît bien plutôt que cette période a été marquée par des problèmes psychiques fluctuants qui sont clairement ressortis dans le cadre de la mesure de réadaptation mise en œuvre par l'AI, laquelle ne témoigne ainsi aucunement d'une amélioration significative de l'état de santé du recourant mais illustre tout au plus les difficultés de celui-ci pour réintégrer un cadre de vie stable. Partant, la Cour de céans ne voit pas en quoi l'enchaînement chronologique des événements pourrait plaider dans

le sens de l'existence de phases distinctes dans l'évolution de l'état de santé psychique de l'intéressé.

Ce constat demeure inchangé quand bien même le Dr E._____ soutient que l'évolution favorable après l'examen de mars 2011 serait confirmée tant par l'évaluation du SMR retenant une pleine capacité de travail, que par la reprise d'un emploi à 100% durant quelques temps (cf. rapport du 29 octobre 2013 p. 9). D'une part, on soulignera que les considérations émises en matière d'AI sont avant tout centrées autour de la notion d'invalidité, laquelle n'a en revanche aucune incidence pour juger de la causalité naturelle entre un événement accidentel et des troubles psychiques. D'autre part, l'examen du dossier montre que l'assuré n'a pas repris d'emploi suite à son accident du 8 juillet 2007 et que, pour le surplus, le stage de réadaptation mis en œuvre par l'AI ne saurait être déterminant sur ce point, compte tenu des importantes difficultés rencontrées dans ce contexte (telles que discutées ci-dessus), l'intéressé n'ayant finalement pas pu mobiliser les ressources nécessaires pour mener à terme cette mesure.

bb) A cela s'ajoute que le Dr E._____ - et, corollairement, la CNA - échoue à démontrer que la symptomatologie observée dès avril 2012 serait « *complètement différente* » (cf. rapport d'examen psychiatrique du 29 octobre 2013 p. 8) de celle prévalant antérieurement.

Sur ce plan, on peine à comprendre que le psychiatre conseil de la Caisse ait d'une part mentionné le diagnostic de probables troubles dépressifs avec syndromes psychotiques (cf. rapport du 29 octobre 2013 p. 7 s.) et signalé la prise d'antidépresseurs et d'anxiolytiques (cf. *ibid.* p. 9), pour faire ensuite abstraction de cette problématique en considérant d'autre part que la psychopathologie « *nettement plus sévère* » observée depuis 2012 se caractérisait par un abus d'alcool et de THC, des troubles psychotiques, des menaces suicidaires, des troubles du comportement et des troubles clastiques (cf. *ibid.* p. 8) - passant ainsi sous silence le fait que des symptômes dépressifs et anxieux persistaient quant à eux depuis 2009 (continuellement répertoriés par les différents médecins consultés

[cf. notamment rapport de la Dresse M. _____ du 6 octobre 2009, rapport du Dr N. _____ et de la psychologue U. _____ du 14 novembre 2010, lettres de sortie de l'Hôpital psychiatrique de C. _____ des 30 mai et 3 juillet 2012, rapport du Centre Q. _____ des 12 juillet 2012, 7 février 2013 et 9 juillet 2013, rapports de l'Hôpital psychiatrique de ZZ. _____ des 11 février et 30 mai 2013, rapport de l'Hôpital psychiatrique de L. _____ du 12 juin 2013, lettre de sortie de la Fondation de Z. _____ du 23 août 2013]) et qu'un lien de causalité au moins probable avec l'accident du 8 juillet 2007 avait été admis à cet égard en mars 2011. En particulier, le simple fait que les troubles en question se soient inscrits dans le contexte d'une consommation de THC jugée importante (cf. rapport du Dr E. _____ du 29 octobre 2013 p. 9) ne suffisait pas pour exclure, sans autre forme d'investigation, tout lien avec la situation décrite précédemment. Sous cet angle, l'appréciation du Dr E. _____ se révèle donc manifestement incomplète.

cc) Il s'y ajoute que dans leur rapport du 5 mars 2015 certes postérieur à la décision attaquée, les Drs Y. _____ et T. _____ de l'Hôpital psychiatrique de L. _____ ont retenu le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Or, s'il devait être confirmé, ce diagnostic - précédemment mentionné dans le compte-rendu du 9 juillet 2013 du Centre Q. _____, dont on ne trouve toutefois aucune trace au dossier de l'intimée - pourrait s'avérer décisif pour l'analyse médicale du cas, en ce sens qu'il pourrait permettre d'expliquer (en tout ou en partie) les anomalies de la personnalité et du comportement constatées jusqu'alors chez l'assuré (cf. lettre de sortie de l'Hôpital psychiatrique de C. _____ du 30 mai 2012, lettres de sortie de l'Hôpital psychiatrique de ZZ. _____ des 11 février et 30 mai 2013, lettre de sorte de l'Hôpital psychiatrique de L. _____ du 12 juin 2013, lettres de sortie de la Fondation de Z. _____ des 7 et 27 novembre 2013), en apportant éventuellement par la même occasion un nouvel éclairage quant à la relation de causalité avec l'accident 8 juillet 2007. Partant, l'intimée ne pouvait d'emblée écarter ce nouvel élément sans autre examen et en particulier sans même avoir préalablement interpellé son psychiatre conseil (cf. écriture de la CNA du

17 avril 2015). Il apparaît bien au contraire que des investigations s'imposent sur ce sujet avant que l'on ne puisse procéder à une évaluation sérieuse du cas de l'assuré.

De manière plus générale, il reste que l'existence d'une atteinte psychique préexistante à l'accident ne peut pas non plus être exclue en l'état du dossier. On relèvera à ce propos que, dans leur rapport du 5 mars 2015 (p. 3), les Drs Y. _____ et T. _____ ont certes indiqué - notamment à la suite de discussions téléphoniques avec les proches de l'assuré - qu'il semblait que le patient n'avait présenté aucun trouble psychique avant son accident de parapente de 2007. Néanmoins, l'analyse du dossier montre que l'intéressé a décrit « *un certain mal-être depuis toujours* » (cf. lettre de sortie de l'Hôpital psychiatrique de C. _____ du 30 mai 2012 p. 1), ce qui suggère des troubles psychiques antérieurs à l'accident du 8 juillet 2007. Les différents psychiatres consultés ont également évoqué la possibilité d'un trouble bipolaire (cf. lettre de sortie de l'Hôpital psychiatrique de L. _____ du 12 juin 2013) ou d'une éventuelle atteinte du registre schizophrénique (cf. lettre de sortie de l'Hôpital psychiatrique de C. _____ du 30 mai 2012 et lettres de sortie de la Fondation de Z. _____ des 7 et 27 novembre 2013). Or, le Dr E. _____ s'est contenté d'énumérer les différents diagnostics émis au fil des rapports médicaux, sans réellement prendre position sur la question de l'éventuelle préexistence d'une atteinte psychique. Il est par ailleurs à noter que les pièces au dossier ne permettent pas non plus de savoir à quel moment l'assuré a commencé à consommer des stupéfiants. Tout au plus y a-t-il lieu de rappeler à cet égard que, selon les dires du Dr P. _____ lors de l'entretien de réseau intervenu le 30 janvier 2013, la consommation de cannabis de l'assuré constituerait une rechute par rapport à une dizaine d'années plus tôt. En l'état, on ne peut donc exclure ni l'hypothèse d'une éventuelle consommation de stupéfiants antérieure - voire contemporaine - à l'accident, le cas échéant en raison de troubles psychiques préexistants, ni l'hypothèse d'un rapport même partiel entre l'état de santé actuel du recourant et une consommation excessive de substances psychoactives ou d'alcool dont la CNA n'aurait pas à répondre, étant par ailleurs souligné que le recourant soutient de son côté que c'est

l'accident qui a motivé sa consommation de stupéfiants (cf. détermination du 17 mars 2015 p. 2). Par conséquent, ces lacunes justifient d'autant plus qu'il soit procédé à des investigations supplémentaires.

d) Les éléments qui précèdent constituent autant d'interrogations qui subsistent sur le plan médical. Dans le même sens, on relèvera encore que le Dr E._____ a considéré, dans son rapport du 29 octobre 2013 (p. 10), qu'il était encore trop tôt pour savoir si les troubles constatés étaient de nature à justifier une atteinte à l'intégrité - affirmation qui tend là encore à démontrer que l'instruction ne peut être considérée comme close à ce stade.

Même si un raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ne peut être fait (cf. consid. 3b supra), il reste que tous les éléments relevés plus haut viennent sérieusement mettre en doute les conclusions du Dr E._____. Ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurances sociales, on ne peut d'emblée nier - sur la seule base de l'appréciation de ce médecin - la causalité naturelle entre l'accident de parapente du 8 juillet 2007 et les troubles psychiques du recourant. En l'état, cette question justifie dès lors un examen plus approfondi portant sur la nature et l'impact des éventuelles séquelles psychiques de l'accident.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les

faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il apparaît que l'intimée s'est prononcée sur la base d'un dossier lacunaire au plan médical, n'ayant qu'insuffisamment investigué les troubles psychiques du recourant. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA - à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGA) -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera dès lors à l'intimée de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique au sens de l'art. 44 LPGA en vue de déterminer si l'assuré présente des troubles psychiques induits par l'accident du 8 juillet 2007, puis, sur cette base, de statuer à nouveau sur le droit aux prestations de ce dernier.

c) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner plus avant les autres arguments invoqués par le recourant. De même, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par celui-ci.

7. a) En conclusion, le recours doit être admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à la CNA pour complément d'instruction.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA).

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 2'500 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimée qui succombe (cf. art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD). Ce montant correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire, celle-ci ayant été accordée au recourant avec effet au 26 juin 2014. Partant, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 26 mai 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), TVA comprise, à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Eric Muster (pour A. _____),
- 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 :