

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mars 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, président
Mme Rossier et M. Berthoud, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

L._____, recourant, représenté par UNIA Vaud Secrétariat du Nord
vaudois, à Yverdon-les-Bains,

et

F._____, à Lausanne, intimée.

Art. 6 al. 1, 10 al. 1, 16 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovare né le [...] 1971, marié et père de quatre enfants nés en 2002, 2003, 2004 et 2012, a été engagé en qualité d'ouvrier agricole à 100% pour une durée déterminée du 9 juin au 9 septembre 2008 par T._____, agriculteur à [...] (FR). Par l'intermédiaire de ce dernier, il était assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la F._____ (ci-après : la F._____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident LAA du 18 juin 2008, l'employeur a annoncé un sinistre survenu en date du 14 juin 2008 à 08h.00 sur le lieu de travail de l'assuré. Le déroulement de cet événement était décrit en ces termes : "Chute d'environ 2m50 sur le béton." S'agissant des blessures, les parties atteintes étaient la tête et le corps, l'assuré ayant alors interrompu immédiatement son travail.

A teneur d'un rapport de sortie du 19 juin 2008 établi par le Centre Universitaire Romand de Neurochirurgie (CURN) à [...], les Drs C._____, médecin associé, A._____, chef de clinique adjoint, et R._____, médecin assistant, ont posé le diagnostic d'hématome épidural temporal droit après la réalisation d'une craniotomie temporale droite pour évacuation en urgence de l'hématome épidural temporal précité sans aucune complication. Ces spécialistes mentionnaient une incapacité de travailler à 100% dès le 14 juin 2008 à réévaluer. Leur examen clinique avait mis en évidence un score de Glasgow de 15 sur 15, des pupilles isocores et isoréactives, un patient collaborant et orienté aux trois modes, pas de troubles de l'oculomotricité, un hématome en binocle, pas d'otorragie objectivée et pas de perte sensitivo-motrice aux quatre membres. A la suite de son séjour du 14 juin au 19 juin 2008, l'assuré a été transféré en neuroréhabilitation à l'Hôpital [...]. A lecture de l'anamnèse, L._____ a fait une chute avec réception sur la tête et perte de connaissance d'environ trois minutes.

Par décision du 1^{er} juillet 2008, la F. _____ a octroyé ses prestations à l'assuré pour les suites de l'accident professionnel du 14 juin 2008 par le versement d'une indemnité journalière (IJ) de 81 fr. dès le 17 juin 2008 ainsi que la prise en charge du traitement médical.

Dans un rapport de sortie du 29 juillet 2008, consécutif à un séjour de l'assuré du 19 juin 2008 au 11 juillet 2008, les Drs N. _____, médecin-cadre, M. _____, chef de clinique et J. _____, médecin-assistant, du service de neuropsychologie et neuroréhabilitation de l'Hôpital [...] à [...] ont posé les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

- Chute de 3 mètres le 14.06.2008, avec :
 - TCC et hématome épidural temporal D, traité par évacuation de l'hématome en urgence.
 - Fractures de côtes 1 à 6 D.
 - Contusions hépatiques et pulmonaires.
 - Troubles cognitifs (mnésiques, exécutifs, attentionnels et ralentissement).

DIAGNOSTIC(S) SECONDAIRE(S) & COMORBIDITE(S) :

- Bursite du coude D en juin 2008."

Retenant une incapacité de travail de l'assuré à 100% du 14 juin 2008 au 31 juillet 2008, ces spécialistes se sont prononcés comme il suit sur son état de santé :

"DISCUSSION ET EVOLUTION :

M. L. _____ nous est adressé pour une neuroréhabilitation suite à un TCC avec hématome épidural temporal D le 14.06.2008.

A l'examen d'entrée, l'on constate un hématome en lunettes ainsi qu'une atteinte modérée des fonctions cognitives, sous la forme de troubles exécutifs (manque d'initiative), mnésiques, attentionnels et d'un ralentissement. Le patient se plaint en outre de douleurs parasternales D, de l'épaule D et de légères céphalées.

Il est autonome dans les soins personnels. La communication est parfois difficile avec un patient d'origine kosovare, de langue maternelle albanaise, maîtrisant très peu le français.

Avec la prise en charge neuropsychologique et ergothérapeutique, l'on constate une bonne amélioration des performances cognitives dans un premier temps, sans qu'elles se normalisent cependant. Il reste également une certaine fatigabilité.

Après deux semaines de neuroréhabilitation, l'on remarque toutefois une baisse des performances, sans autre atteinte neurologique. Etant donné la survenue de céphalées plus vives, nous effectuons un CT-scan cérébral de contrôle, qui montre la disparition de l'hématome, sans récurrence ou autre particularité. La détérioration des performances est par conséquent mise sur le compte des préoccupations du patient pour son avenir (situation administrative en voie de régularisation, soucis financiers, arrêt de travail d'une durée encore indéterminée, etc.).

Une radiographie du thorax, réalisée en raison d'une accentuation des douleurs parasternales D, ne révèle pas de fracture. De plus, M. L. _____ se plaint de douleurs à l'épaule D. L'examen clinique fait suspecter une entorse ou une subluxation sterno-claviculaire D (type I ou II), pour laquelle nous instaurons un traitement de Brufen.

En cours de séjour, M. L. _____ se plaint du coude D. L'on constate la présence d'une bursite, dont l'origine peut être post-traumatique ou sur frottement local itératif. L'évolution en est favorable avec un traitement de glace et AINS.

Monsieur L. _____ quitte notre service pour retourner chez son employeur. Il sera revu en contrôle le 30.07.2008 à 11h.00, à la consultation du Dr M. _____."

Dans un certificat initial LAA du 30 juillet 2008, le Dr M. _____ a repris les diagnostics précités en totalité en y ajoutant celui de symptômes subjectifs post-TCC. Ce médecin mentionnait une reprise du travail de son patient à 50% dès le 1^{er} septembre 2008 sans pour autant être en mesure de se déterminer quant à une reprise complète ou la fin du traitement. S'agissant du déroulement de l'accident, le patient avait précisé être tombé d'une remorque en ayant été bousculé par une botte de foin avant de chuter sur la tête puis de perdre connaissance environ trois minutes.

Dans un rapport du 22 août 2008 établi à la suite d'une consultation ambulatoire du 19 août précédent, le Prof. Z. _____, chef de service, et le Dr A. _____ du CURN ont constaté objectivement un patient orienté aux trois modes, un score de Glasgow de 15 sur 15, une absence de latéralisation aux manœuvres de Barré, Mingazzini, une absence de déficit sensitivo-moteur des membres, des nerfs crâniens dans les normes, la présence d'un nodule d'environ 3mm de diamètre au niveau frontal droit, une cicatrice opératoire calme, des réflexes ostéotendineux normatifs et symétriques ainsi que des réflexes cutanés

plantaires en flexion des deux côtés. Compte tenu de l'évolution post-opératoire favorable sur le plan neurochirurgical, il n'était pas prévu de revoir le patient en ambulatoire. La suite de la prise en charge neurorééducative ainsi que la planification de la reprise du travail étant laissées au Dr M._____ de l' [...] [...].

Le 4 septembre 2008, le Dr M._____ a fait part d'une lente amélioration avec diminution progressive des douleurs et de la symptomatologie subjective post-TCC, sans que son patient soit apte pour autant à retravailler au taux de 50% dès le 1^{er} septembre 2008 comme prévu initialement. Très gêné par le bruit, l'assuré souffrait encore de douleurs à l'épaule droite et aux côtes ainsi que de vertiges, ce qui justifiait une incapacité de travailler à 100% à tout le moins jusqu'au 10 octobre 2008, date de la prochaine consultation.

Dans un rapport du 14 octobre 2008, le Dr M._____ a maintenu l'incapacité de travail totale de son patient jusqu'au 30 novembre 2008 en relevant la persistance d'une symptomatologie subjective post-TCC avec au premier plan des vertiges ceci malgré une lente amélioration avec une régression des douleurs costales, des céphalées et des acouphènes gauches.

Le 2 mars 2009, le Dr M._____ s'est exprimé en ces termes sur l'état de santé de son patient :

"Appréciation :

A 8 mois environ du traumatisme, je constate une évolution favorable en ce qui concerne les suites directes du traumatisme, comme la tendinite du sus-épineux D, les fractures de côtes et les troubles cognitifs. L'équilibre est par ailleurs tout à fait bon. En revanche, il y a de plus en plus d'éléments parlant pour un état dépressif, pour lequel je prescris de la fluoxetin 20 mg/j., tout en encourageant le patient à entreprendre un suivi. Dans ce sens, je l'adresse à la consultation de la [...] (population vulnérable), le 16.03.2009 (14h00).

Sur le plan professionnel, l'on peut encore reconnaître une incapacité partielle, liée à la symptomatologie subjective post-TCC, comprenant fatigabilité, troubles du sommeil, vertiges, bien qu'une

grande partie de cette symptomatologie puisse aussi être mise sur le compte de l'état dépressif.
Ainsi, j'établis une reprise de la capacité de travail à 50% dès le 15.03.2009. Néanmoins, si l'état dépressif devait s'aggraver, une certaine incapacité pourrait lui être reconnue pour cette problématique-là."

Deux CT-Scan cérébraux des 15 juin et 8 juillet 2008 du service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV n'ont pas révélé de nouvelles affections en comparaison avec un précédent CT cérébral réalisé au [...] à [...]. Le CT cérébral du 15 juin 2008 concluait en ce sens à un status satisfaisant post-évacuation d'un hématome épidural temporal droit avec fracture bilatérale des toits des orbites.

Sous la rubrique « 8. Remarques éventuelles » d'un second rapport LAA complété le 11 juin 2009, le Dr M. _____ a précisé que si une reprise de travail partielle était envisageable suite au polytraumatisme, le développement d'un état dépressif réactionnel sévère prolongeait l'incapacité de l'assuré à 100%. Ce praticien a encore confirmé ce dernier taux d'incapacité à la F. _____ le 17 septembre 2009.

Le 25 septembre 2009, la F. _____ a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) un formulaire de détection précoce pour adultes concernant l'assuré.

Dans un rapport du 28 décembre 2009 adressé à la Dresse S. _____, médecin-assistant de la Polyclinique Médicale Universitaire (PMU) au CHUV, le Dr M. _____ a posé les diagnostics suivants :

- "• Episode dépressif sévère d'origine mixte (réactionnel et possiblement organique) depuis février 2009 environ.
- Difficultés liées à la situation juridique.
- Chute de 3 mètres le 14.06.2008, avec :
 - TCC et hématome épidural temporal D, traité par évacuation de l'hématome en urgence.
 - Fractures des côtes 1 à 6 D.
 - Contusions hépatiques et pulmonaire.
 - Troubles cognitifs (mnésiques, exécutifs, attentionnels et ralentissement).

- Symptomatologie subjective post-TCC (fatigue, vertiges, photophobie, phonophobie, troubles du sommeil, « agoraphobie »).
- Tendinite du sus-épineux à l'épaule D.
- Bursite du coude D en juin 2008 (probablement post-traumatique)."

Dans son appréciation, le Dr M. _____ mentionnait souscrire à une reprise d'activité professionnelle de son patient à au moins 50% dès le 15 décembre 2009, une telle évaluation n'étant selon lui pas contre-indiquée au vu de la symptomatologie attribuable à l'état dépressif.

Une expertise psychiatrique de l'assuré a été mise en œuvre par la F. _____ dans le cadre de l'instruction de son dossier. Le Dr W. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, assisté de B. _____, psychologue et psychothérapeute FSP, a transmis son rapport le 28 décembre 2009 au Dr P. _____, médecin-conseil de la F. _____. Cet expert a posé le diagnostic avec effet sur la santé d'état dépressif sévère, post-traumatique (F32.2), dont la survenue et la persistance est attribuable à trois facteurs interagissant, soit les séquelles sur le plan psycho-organique du TCC (cf. examens du Dr M. _____), les réminiscences de l'accident et le sentiment de perte sur le plan narcissique, en particulier perte de confiance en soi et la crainte d'être durablement diminué ; ainsi que la résonance de la chute sur le plan intra-psychique, la survenue de l'accident est vécue comme une sanction par rapport à un sentiment de culpabilité d'avoir fait de mauvais choix. Les experts constatent que le patient souffre encore de troubles cognitifs (mnésiques, exécutifs, attentionnels et ralentissement) ; d'une symptomatologie subjective post-TCC (fatigue, vertiges, photophobie, phonophobie, troubles du sommeil, agoraphobie), et l'examen permet de retenir des vertiges post-commotionnels. Il souffre de troubles du sommeil avec réminiscence de son accident. A l'examen de l'assuré, les experts constatent que les troubles dépressifs post-traumatiques, la perte d'une estime de soi suffisante, le désespoir et le sentiment de honte qui envahit le lésé à l'idée qu'il ne puisse récupérer ses capacités passées pèsent toutefois sur sa capacité de travail actuelle en engendrant chez le lésé une totale absence de confiance dans ses capacités à surmonter ses troubles.

Il retenait que cette atteinte à la santé était en relation de causalité certaine avec l'accident du 14 juin 2008, au sens où ce dernier et ses conséquences avaient déclenché l'état dépressif sévère actuel et sans qu'un facteur étranger n'ait joué de rôle. L'état définitif n'était pas encore atteint et ne pouvait l'être, dans le meilleur des cas, que progressivement de sorte que la poursuite du suivi psychiatrique alors en cours se justifiait et était susceptible de permettre, aux dires de l'expert, une amélioration de l'état de santé ainsi que de la capacité de travail de l'intéressé. Le Dr W._____ estimait alors l'incapacité de travail médico-théorique de son sujet à 80%.

Le 7 janvier 2010, le médecin-conseil de la F._____ a fait siennes les constatations et conclusions du rapport d'expertise psychiatrique précité.

Sur le vu de l'expertise mandatée et de l'avis de son médecin-conseil, le 16 février 2010, la F._____ a informé l'assuré de la poursuite du versement de ses prestations, à savoir la prise en charge du traitement débuté et le versement de l'indemnité journalière (IJ) jusqu'à nouvel avis.

Dans un certificat intermédiaire complété le 9 mars 2010, le Dr M._____ a fait mention d'un état subjectif inchangé de son patient avec objectivement une thymie dépressive, un ralentissement psychomoteur, des troubles attentionnels sans changements sur le plan physique et global. Le médecin traitant mentionnait à nouveau une reprise du travail à 50% dès le 15 décembre 2009 avec la crainte d'un dommage permanent chez son patient lié à sa symptomatologie post-commotionnelle.

Dans un rapport du 14 avril 2010 adressé à la Dresse S._____ de la PMU et dont il ne résulte pas de nouveaux diagnostics à ceux retenus le 28 décembre 2009, le Dr M._____ s'est exprimé en ces termes sur l'état de santé et l'évaluation de la capacité de travail de son patient :

"Appréciation :

La situation est subjectivement stationnaire pour Monsieur L._____, qui accuse toujours essentiellement des vertiges et une fatigue généralisée, dans le cadre d'un état dépressif. La médication de fluoxétine a été augmentée à 80mg par jour. Objectivement, le patient paraît légèrement moins abattu et il sourit à quelques reprises.

Il se sent toujours coincé dans une situation où il trouve à la fois difficile de rester en Suisse, loin de sa famille, et de rentrer auprès des siens « dans cet état », à savoir inapte à travailler selon lui. Il n'entrevoit pas de solution. Néanmoins, il a fait la démarche proposée, de prendre contact avec [...], où il travaille 4 matinées par semaine dans une activité bénévole de classement d'habits. Je pense qu'il pourrait lui être bénéfique de pouvoir gagner à nouveau un peu d'argent, ce qui sera néanmoins difficile à obtenir, au vu de son important état dépressif et ralentissement.

Au reste, je ne propose pas de changement de la médication ou du pourcentage de travail, qui est toujours de 50%.[...]"

Par lettre du 31 mai 2010 adressée à son médecin-conseil, le Dr M._____ a suggéré à la F._____ le versement d'un capital unique en lieu et place de la rente, ceci afin de « débloquer » la situation ; à le suivre, cela permettrait à l'assuré d'être rassuré quant au suivi de la prise en charge par l'assurance de son état dépressif en lien avec l'accident, tout en apportant un capital financier à sa famille. Ce dernier ne lui permettant toutefois pas de se reposer à vie sur celui-ci de sorte qu'il serait amené à retravailler au fur et à mesure que son humeur s'améliorerait.

Le 13 juillet 2010, la F._____ a répondu oralement au médecin traitant que la situation n'étant pas stabilisée et le traitement médical pas terminé, l'examen du droit de l'assuré à une rente d'invalidité versée en capital et/ou à une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) n'était pas envisageable de sa part.

Le 16 août 2010, le Dr M._____ a maintenu son évaluation relative à l'incapacité de travail à 50%. Ce médecin a précisé en lien avec l'évolution de l'état de santé que des circonstances sans rapport avec l'accident jouaient un rôle, à savoir la situation administrative en Suisse et économique du patient.

Le 4 avril 2011, contestant ce dernier point de vue, l'assuré a produit un certificat du 1^{er} mars 2011 complété par la Dresse K. _____ de la PMU certifiant qu'il était en traitement et que son incapacité de travail était de 70% pour la période du 1^{er} mars 2011 au 29 mars 2011 (à réévaluer).

Le 3 mai 2011, l'OAI a rendu une décision refusant le droit à la rente et à des mesures professionnelles à l'assuré au motif qu'à l'échéance du délai légal d'attente d'une année fixée au 14 juin 2009, il ne remplissait pas la condition du nombre d'années de cotisations exigé à l'art. 36 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20) ainsi que celle du domicile légal en Suisse.

En réponse à sa demande de rapport du 12 juillet 2011 adressée à la Dresse K. _____ en lien avec la réalisation d'un bilan neuropsychologique de l'assuré, la F. _____ a reçu les pièces et documents suivants :

- une « Feuille-accident LAA » complétée par les médecins de la PMU dont il résulte les degrés d'incapacités de travail suivants : 50% du 1^{er} mars 2010 au 12 août 2010 / 100% du 12 août 2010 au 30 novembre 2010 / 70% dès le 1^{er} décembre 2010 ;

- un rapport du 31 mai 2011 adressé à la Dresse S. _____ de la PMU au terme duquel le Dr M. _____ observait que le nouveau bilan neuropsychologique réalisé le 4 mai 2011 avait mis en évidence des déficits identiques à ceux déjà notés lors du précédent bilan en 2008 (à savoir un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité, des troubles exécutifs et attentionnels) avec des performances toutefois moindres qu'en 2008 suggérant ainsi une composante non organique.

Dans un rapport du 5 août 2011 à l'intention du médecin-conseil de la F. _____, la Prof. H. _____, cheffe du service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation au CHUV a relevé notamment que la dernière évaluation neuropsychologique du 4 mai 2011 avait mis en

évidence une dysfonction exécutive, des troubles attentionnels, une diminution de la capacité de participation à l'examen, ce qui correspondait à une péjoration du tableau neuropsychologique par rapport à l'évaluation des 23 et 25 juin 2008. Cette spécialiste indiquait qu'au vu de cette évolution inattendue, un état dépressif et/ou de possibles éléments de surcharge avaient été suspectés et que bien que l'assuré ait été significativement ralenti, l'analyse fine des résultats ne concluait pas à une exacerbation volontaire des troubles.

Par mail du 16 septembre 2011, le Dr M. _____ a renseigné la F. _____ qu'à son initiative, son patient fréquenterait un atelier d'ergothérapie à [...] à raison de deux après-midi par semaine durant les trois mois à venir et qu'une évaluation serait effectuée d'ici à la fin 2011. Dans l'intervalle, ce médecin indiquait remettre l'assuré à l'arrêt de travail à 100% et poursuivre le suivi de soutien mensuel avec une réévaluation du traitement dans les semaines à venir. Il estimait par ailleurs qu'un stage de son patient à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) de la CNA à Sion n'était à l'heure actuelle pas indiqué. Il a transmis à cet effet un premier rapport d'évaluation ergothérapeutique de l'Unité de réhabilitation du CHUV Site de Cery du 8 septembre 2011 dont il ressort en substance, la nécessité de poursuivre le traitement débuté le 14 juillet 2011 étant précisé que l'assuré était alors en incapacité de travailler.

Par décision du 7 octobre 2011, la F. _____ a confirmé sa prise de position communiquée le 9 mars 2011 à l'assuré en ce sens notamment que ce dernier continuait d'avoir droit au versement de l'IJ à 50% dès le 1^{er} mars 2011 et jusqu'à nouvel avis.

Par mail du même jour, la gestionnaire chez la F. _____ en charge du dossier a indiqué au conseil de l'assuré que sur la base des renseignements communiqués en date du 16 septembre 2011 par le Dr M. _____ et la Dresse K. _____, la prise en charge d'une incapacité de travail à 100% était admise dès le 23 septembre 2011 et jusqu'à nouvel avis.

Le 5 novembre 2011, l'assuré s'est opposé à la décision précitée en demandant son réexamen et l'indemnisation de son incapacité de travail à 100% au long cours depuis le 1^{er} mars 2011. Il a produit en ce sens un courriel de la Dresse K._____ du 2 novembre 2011 dont il résulte l'absence de nouvel élément postérieur au rapport d'évaluation ergothérapeutique de Cery, de sorte qu'il convenait de s'en tenir à une incapacité de travail à 100% sans discontinuer depuis le début d'année.

Selon des feuilles d'accident LAA remises les 20 janvier, 27 février, 24 avril, 15 juin, 20 août et 1^{er} novembre 2012, les médecins de la PMU attestaient une incapacité de travail de l'assuré à 100% dès le 16 janvier 2012. En parallèle, le Dr M._____ n'a pas fait état de changements de l'état de santé du patient, renvoyant auprès du psychiatre traitant pour de plus amples renseignements quant aux périodes et taux d'incapacités de travail.

Le 2 novembre 2012, la F._____ a admis l'opposition de l'assuré et annulé sa décision rendue le 7 octobre 2011 en acceptant le versement de l'IJ sur la base d'une incapacité de travail à 100% de celui-là dès le 1^{er} mars 2011 selon un décompte d'indemnités joint.

Dans un rapport du 5 avril 2013 adressé à son confrère le Dr Z.Z._____, spécialiste en médecine interne générale à [...] et consécutif à une consultation du 27 mars 2013, le Dr M._____ a posé les diagnostics suivants :

- "•Episode dépressif sévère d'origine mixte (réactionnel et possiblement organique) depuis février 2009 environ.
- Chute de 3 mètres le 14.06.2008, avec :
 - traumatisme crânio-cérébral et hématome épidual temporal D, traité par évacuation de l'hématome en urgence.
 - fracture des côtes 1 à 6 D.
 - contusion hépatique et pulmonaire.
 - troubles cognitifs (mnésiques, exécutifs, attentionnels et ralentissement).
 - symptomatologie subjective post-commotionnelle (fatigue, vertiges, photophobie, phonophobie, troubles du sommeil, intolérance à la foule).
 - tendinite du sus-épineux à l'épaule D.
 - bursite du coude D en juin 2008 (probablement post-traumatique)."

Ce médecin mentionnait avoir expliqué à l'assuré qu'une partie de sa symptomatologie pouvait être liée au syndrome post-commotionnel et qu'à bientôt cinq ans du traumatisme, il fallait s'attendre à la persistance de ce genre de symptômes à long terme. Ce praticien précisait néanmoins qu'une partie de ces symptômes était liée à l'état dépressif de sorte que si l'humeur s'améliorait il devait être aussi possible d'observer une réduction de la symptomatologie de type post-commotionnel. En fin de rapport il est noté qu'il n'y avait pas lieu de changer la médication anti-dépressive de l'assuré mais d'en rediscuter ultérieurement avec les médecins de la PMU.

A l'occasion de l'expertise pluridisciplinaire (neurologique, neuropsychologique et psychiatrique) mandatée par la F._____, l'assuré a été convoqué dans les locaux du CEMed à Nyon les 22 janvier, 31 janvier puis 6 février 2013. Accompagné d'un traducteur, il y a été examiné dans l'ordre par G._____, neuropsychologue FSP, par le Dr L.L._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie et par le Dr???._____, spécialiste en neurologie FMH. Ces experts ont établi leur rapport le 26 avril 2013 après lecture attentive de l'ensemble du dossier à disposition ainsi que d'un résumé établi par un médecin expert n'ayant pas participé aux examens. Ils ont posé les diagnostics de status après polytraumatisme et de syndrome subjectif post-traumatique d'évolution indéterminable en raison d'éléments de surcharge majeurs liés. Compte tenu de leur évolution défavorable et atypique, de même sur la base de leurs constatations, les experts retenaient que ces atteintes n'étaient alors plus une conséquence naturelle de l'accident du 14 juin 2008. Il ressort notamment ce qui suit de la synthèse et la discussion de ce rapport d'expertise pluridisciplinaire :

"A l'examen neurologique, on se trouve en face d'un sujet à la collaboration minimale, se plaignant d'une fatigue, d'un épuisement, de vertiges et se déclarant incapable de subir l'examen neurologique. Néanmoins, après stimulation et explications, il est possible de procéder à un examen toutefois de façon relativement sommaire. Cet examen ne révèle pas de déficit neurologique objectif mais est caractérisé par des troubles à la fois majeurs et atypiques avec une chute en arrière à l'épreuve de Romberg et une instabilité

apparemment importante à la marche un pied devant l'autre, un ralentissement des mouvements rapides et alternés, des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire des 4 extrémités. Par contre, les épreuves des bras tendus et des jambes fléchies sont effectuées sans chute et les réflexes tant tendineux que cutanés sont bien préservés. Compte tenu des conditions de collaboration, on n'objective pas de dysmétrie aux épreuves de coordination et la sensibilité, bien que testable partiellement, paraît préservée.

En bref, un examen neurologique à considérer comme sans anomalie objectivable avec des anomalies sans substrat somatique.

On rappellera à ce propos que les différents bilans neurologiques pratiqués initialement dans le cadre du service de neurochirurgie du CHUV et du service de neuro-réhabilitation n'ont pas démontré d'atteinte neurologique significative, même en début d'évolution.

Le bilan neuropsychologique effectué dans le cadre de cette expertise s'est avéré impossible à pratiquer dans de bonnes conditions, de telle sorte qu'il n'est pas possible de définir sur le plan neuropsychologique la capacité de travail de l'assuré et les limitations effectives de même que l'atteinte à l'intégrité en conséquence de l'événement accidentel du 13 [recte : 14].06.2008, l'examen étant parasité par les facteurs comportementaux et psychiques.

En conclusion, sur le plan neurologique et neuropsychologique, on se trouve dans l'impossibilité de déterminer précisément les conséquences éventuelles de l'événement accidentel du 14.06.2008.

Nous pouvons néanmoins conclure que le présent bilan ne permet pas d'objectiver avec probabilité ou certitude l'existence d'atteintes somatiques sur le plan neurologique et neuropsychologique représentant une limitation fonctionnelle ainsi qu'une limitation de la capacité de travail de l'assuré ni une possible atteinte à l'intégrité.

Sur le plan thérapeutique, au vu de la prédominance des facteurs psychologiques et compte tenu de l'absence d'anomalie clairement objectivable au bilan neurologique et neuropsychologique, il n'y a pas de proposition additionnelle à formuler si ce n'est la poursuite du traitement actuellement en cours.

Sur le plan psychique, l'entretien s'est avéré très difficile à mener, Monsieur L. _____ se montre passif, les réponses sont souvent très imprécises, il dit souvent ne pas se souvenir ou ne pas savoir, il n'est pas attentif.

Il dit que sa situation s'empire, se plaint de vertiges, il est fatigué dans la tête. Il se plaint de troubles cognitifs, ne pourrait même plus regarder la télévision, le sommeil est très perturbé, avec des cauchemars durant lesquels il se voit tomber.

Le moral est mauvais, il rumine, est abattu, mais n'a cependant pas d'idées suicidaires. Il manque d'énergie, n'a plus aucun plaisir. L'appétit est diminué, mais il n'a pas perdu de poids.

Monsieur L. _____ ne se montre pas capable d'être attentif tout au long de l'entretien, de sorte que de nombreuses interruptions ont été nécessaires. Son discours reste dans l'ensemble bien organisé, mais factuel et pauvre. Il n'y a aucune capacité d'élaboration.

Sur le plan de la mémoire, celle-ci serait fortement déficitaire, avec manque de souvenirs, de dates.

A l'observation, la mimique est figée dans la tristesse, complètement non réactive, le ton de voix est monocorde, la voix basse difficilement audible. Il se tient replié et soupire.

Globalement, le comportement est pour le moins démonstratif. On reste aussi perplexe face à certains faits, d'une part que les troubles n'auraient absolument [pas] évolués, ils sont totalement similaires depuis 4 ans et demi. Lors de l'expertise de 2009, il était pourtant mentionné que Monsieur L. _____ se montre collaborant, s'exprime calmement et aussi clairement que possible. Ce qui n'est absolument plus le cas. Par ailleurs, on relèvera que malgré les troubles graves exprimés, et les problèmes financiers annoncés, son épouse et lui ont décidé d'avoir un quatrième enfant.

Monsieur L. _____ donne ainsi l'image d'une personne déficitaire sévèrement atteinte, mais cela ne l'a pas empêché de voyager, d'agrandir et de s'occuper de sa famille.

En conclusion, le comportement ne permet pas de poser un diagnostic cohérent et de déterminer précisément les conséquences éventuelles de l'accident du 14.06.2008.

Conclusions générales :

Monsieur L. _____ a été victime d'un accident en juin 2008, la perte de connaissance a été de trois minutes, le score de Glasgow [est] de 15 à l'arrivée à l'hôpital. Le CT-Scan cérébral montre un hématome épidural temporal droit, il est noté qu'il n'y a pas d'hémorragie intracérébrale, pas de déplacement de la ligne médiane. Il s'agit donc d'un épanchement de sang extradural, le danger pour le cerveau est la compression par l'accumulation de sang. L'intervention chirurgicale a été pratiquée en urgence.

Il est mentionné à 8 mois une évolution favorable en ce qui concerne les suites directes du traumatisme, une reprise de travail est prévue à 50% en mars 2009. Un trouble de l'humeur empêche alors la reprise.

Une deuxième reprise est prescrite pour décembre 2009, mais elle ne semble pas se faire.

L'expertise de décembre 2009 conclut à un état dépressif sévère, post-traumatique. Les causes sont attribuées à trois facteurs, soit en premier, des séquelles psycho-organiques du TCC, séquelles qui n'ont cependant jamais été démontrées et qui au mieux ont été considérées comme possibles, mais non certaines. Il est ensuite

évoqué des réminiscences et un sentiment de pertes sur le plan narcissique, mais objectivement, on ne voit pas de quelles pertes il s'agit, en quoi il est devenu un homme diminué. Le dernier facteur concerne le vécu de l'accident comme une sanction par rapport à un sentiment de culpabilité d'avoir fait un mauvais choix. Il s'agit d'une hypothèse psychodynamique non démontrable dont le fondement relève d'une problématique personnelle et sans relation avec l'accident.

Le Professeur H. _____ mentionne en 2011 dans son examen neuropsychologique que les résultats n'étant pas compatibles avec une évolution neuropsychologique attendue, nous avons suspecté un état dépressif et/ou des possibles éléments de surcharge. L'exacerbation volontaire des troubles n'a pas été mise en évidence.

La collaboration lors de l'expertise avec les trois experts a été très minimale, les examens neuropsychologiques ne sont pas évaluables, ni les examens cliniques. Globalement, à près de cinq ans après le traumatisme, on se trouve en face d'un accidenté qui montre un tableau de grave détérioration sur tous les plans. Il est pourtant curieux que les tests neuropsychologiques aient pu être menés antérieurement, alors que ce n'est plus le cas actuellement.

Cette évolution, suite à un accident certainement moyennement grave, est par contre totalement inhabituelle. La détérioration n'est objectivement pas démontrée, ce d'autant plus que la perte de connaissance a été courte et le Glasgow normal lors de l'arrivée à l'hôpital. Ce tableau est d'autant plus incohérent chez un patient qui a été capable de voyager et d'avoir un quatrième enfant, alors même qu'une des craintes avancées a été celle de ne pas pouvoir subvenir aux besoins de sa famille.

Il n'est ainsi pas possible d'objectiver avec probabilité ou certitude l'existence d'atteinte de la santé à l'origine de limitations fonctionnelles, ni d'atteinte à l'intégrité. Des facteurs d'exagération sont probables."

En pages 14 et 15 de leur rapport, les experts ont répondu comme il suit aux questions qui leur étaient adressées :

"1. Anamnèse (familiale, sociale et selon l'accident).
Cf. ci-dessus.

2. Plainte du lésé ?
Cf. plaintes subjectives ci-dessus.

3. Vos constatations objectives ? (status actuel)
Cf. ci-dessus.

4. Diagnostic ?

- Status après polytraumatisme (le 14.06.2008) ayant entraîné :
 - Un TCC avec hématome épidural temporal droit traité par évacuation en urgence.
 - Une fracture des côtes 1 à 6 droites.

- Des contusions hépatiques et pulmonaires.
- Syndrome subjectif post-traumatique d'évolution indéterminable en raison d'éléments de surcharge majeurs liés.

5. L'état somatique ou psychique est-il une conséquence naturelle de l'accident du 14/06/2008 de façon certaine, vraisemblable ou possible ?

Plus actuellement, l'évolution défavorable et atypique des troubles de même que les présentes constatations ne peuvent être attribuées aux conséquences de l'accident.

6. Des facteurs étrangers à l'accident jouent-ils un rôle ? Si oui, lesquels et dans quelle mesure ?

En cas de réponse affirmative : l'accident du 14/06/2008 a-t-il entraîné une aggravation des facteurs étrangers à l'accident de façon sensible et durable, ou seulement de façon passagère ?

Il y a des facteurs d'exagération.

S'il s'agit d'une aggravation transitoire due à l'accident, à partir de quel moment le statu quo ante ou statu quo sine est-il de nouveau atteint ?

Si l'accident du 14/06/2008 a entraîné une aggravation durable de cette atteinte, comment estimez-vous le degré et la durée de l'incapacité de travail due à l'accident uniquement ?

7. Comment estimez-vous l'atteinte actuelle de la capacité de travail du lésé dans son activité par rapport à l'accident ? A quelle date, M. L. _____ aurait-il pu reprendre son activité professionnelle suite à son accident (après cette date, l'incapacité de travail serait du ressort de la maladie).

Dans l'activité d'ouvrier agricole ainsi que dans toute autre activité comparable, on peut estimer que la capacité de travail de Monsieur L. _____ aurait dû redevenir complète, ce qui aurait dû être le cas à une année après l'accident au plus.

Le tableau présenté actuellement n'est absolument pas compréhensible en fonction des suites attendues après un tel accident.

8. L'état définitif est-il atteint suite à l'accident, un traitement médical est encore nécessaire : le traitement médical sert-il à :

En ce qui concerne les suites de l'accident, l'état définitif est atteint.

Aucun traitement n'est nécessaire.

[...]

9. L'accident du 14/06/2008 a-t-il entraîné une atteinte durable des capacités professionnelles du lésé ?

Si oui, quelles sont les activités concernées et sous quelle forme l'atteinte se manifeste-t-elle ?

Objectivement non, compte tenu des éléments au dossier et de l'absence d'anomalie claire et démontrée au présent bilan.

10. Quelle autre activité professionnelle est-elle exigible et quel serait le taux de capacité et dès quelle date ?

Cf. 9.

11. Si l'état définitif est atteint : les lésions consécutives à l'accident du 14/06/2008 ont-elles entraîné une atteinte durable à l'intégrité corporelle de l'assuré ? Si oui, en quoi consiste l'atteinte à l'intégrité uniquement consécutive à l'accident et à quel degré l'estimez-vous selon l'annexe 3 OLAA et les tables de la SUVA ?
Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité mesurable.

12. A quel degré en pourcentage estimez-vous l'incapacité médico-théorique que le lésé subit en ne prenant en considération ni sa profession, ni ses activités privées ? Quelle est l'importance de ce handicap corporel subsistant en tenant compte que des suites dues à l'accident et par rapport à l'intégrité physique totale estimée à 100%
Cf. 11.

13. Autres remarques de l'expert
L'évolution du cas aurait dû être normalement favorable aboutissant à l'absence de perte à l'intégrité physique et d'incapacité de travail. Le tableau présenté n'est pas explicable par des données objectives."

Le 6 mai 2013, le Dr P. _____ s'est rallié aux constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire précité en retenant une absence de causalité entre l'état psychique de l'assuré et son accident. L'atteinte en question ayant de suite valeur de maladie, il convenait selon le médecin-conseil de mettre fin aux prestations avec effet au 31 mai 2013.

Dans un rapport du 21 octobre 2013, la Dresse T.T. _____ de la PMU a posé le diagnostic de status post-TCC grave sur chute de trois mètres avec hématome épidural temporal D traité en 2008 et troubles neuropsychologiques séquellaires. Malgré les traitements prodigués (à savoir un suivi en neuroréhabilitation et en ergothérapie ainsi que la prise de médicaments) le pronostic était mauvais compte tenu de troubles neuropsychologiques et psychiatriques séquellaires persistants. Sans être en mesure de se prononcer quant à l'éventualité d'un dommage permanent, la Dresse T.T. _____ a mentionné une incapacité de travail à 100% de son patient depuis le 14 juin 2008.

Par décision du 11 décembre 2013, la F. _____ a informé l'assuré qu'elle mettait fin au versement des prestations LAA avec effet à partir du 31 décembre 2013 minuit. Elle se basait sur les renseignements transmis le 26 avril 2013 par le CEMed au Dr P. _____, retenant que les

problèmes de santé de l'assuré et l'incapacité de travail qui en découlait n'étaient plus en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident survenu le 14 juin 2008 à compter du 1^{er} mai 2013 selon le médecin-conseil, cette dernière date étant reportée au 1^{er} janvier 2014 en raison d'une surcharge de travail n'ayant pas permis à la F._____ de statuer plus tôt. Une copie de cette décision a également été adressée à l'assureur-maladie de l'assuré (P.P) pour prise en charge de la suite du traitement médical.

Le 20 décembre 2013, l'assuré s'est opposé à la décision rendue le 11 décembre 2013. Il demandait d'une part, une prolongation du versement des prestations au moins jusqu'au 31 mars 2014 et, d'autre part, témoignait de son désaccord sur le fond de la décision litigieuse en demandant une copie de l'ensemble des pièces médicales composant son dossier.

Par écriture du 19 février 2014 de son conseil, l'assuré a complété l'argumentation à l'appui de ses lignes préventives du 20 décembre 2013 en demandant à la F._____ la poursuite de la prise en charge du traitement médical ainsi que du versement de l'indemnité journalière après le 31 décembre 2013. Il faisait valoir que la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré n'était en aucune manière rendue vraisemblable par les expertises des mois de janvier et février 2013 dont se prévalait la F._____. L'opposant estimait que l'expertise du CEMed était au mieux partielle, voire au pire non pertinente, étant donné qu'il y était mentionné que l'examen neuropsychologique n'avait pas pu être passé en raison des plaintes récurrentes de l'expertisé. Il avançait par ailleurs que l'impossibilité constatée par les experts du CEMed correspondrait à une nouvelle péjoration de son tableau neuropsychologique justifiant la poursuite des prestations d'assurance, plusieurs autres médecins consultés ayant mis en évidence des troubles neuropsychologiques inquiétants identifiés comme séquelles de l'accident du 14 juin 2008. Il reprochait également au rapport d'expertise du CEMed d'exclure sans aucune explication le diagnostic d'épisode dépressif

pourtant retenu par l'ensemble des évaluations précédentes et sans qu'il ne soit possible de cerner en quoi consistaient les facteurs d'exagération mentionnés par les experts. L'opposant a encore affirmé que d'autres rapports postérieurs (soit celui du 5 avril 2013 du Dr M. _____ et celui du 21 octobre 2013 de la Dresse T.T. _____) devaient l'emporter sur celui du CEMed.

Par décision du 29 juillet 2014, la F. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision querellée du 11 décembre 2013. Ses constatations étaient les suivantes :

- "3. [...]L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base des appréciations médicales, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante.
4. Il ressort de l'expertise motivée des médecins-experts du CEMed, soit un psychiatre, un neurologue et une neuropsychologue, ce qui suit :
 - Il n'est pas possible d'objectiver avec probabilité ou certitude l'existence d'atteintes de la santé à l'origine de limitations fonctionnelles de l'assuré, compte tenu des éléments du dossier et de l'absence d'anomalie claire et démontrée.
 - En ce qui concerne les suites de l'accident, l'état définitif est atteint.
 - Aucun traitement n'est nécessaire.
 - L'accident n'a objectivement pas entraîné une atteinte durable des capacités professionnelles de l'assuré, compte tenu des éléments du dossier et de l'absence d'anomalie claire et démontrée.
 - Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité mesurable.
 - L'évolution du cas aurait dû être normalement favorable aboutissant à l'absence de perte à l'intégrité physique et d'incapacité de travail. Le tableau présent n'est pas explicable par des données objectives.

On rappelle également que l'expertise a été réalisée sur la base d'une collaboration pluridisciplinaire selon le mode suivant :

- Le dossier a été analysé et résumé par un médecin ne participant pas aux examens.

- Les trois experts signataires ont examiné séparément l'assuré après avoir lu attentivement le dossier et le résumé.
 - Les experts ont établi conjointement le rapport après discussion interdisciplinaire.
 - Le document final a été soumis en dernière relecture à un médecin expert n'ayant pas examiné l'assuré, afin de juger de la clarté du texte et de la pertinence des conclusions.
 - L'expertise - qui a nécessité un consensus à chaque niveau - a été établie selon les règles de l'art et en toute indépendance des parties.
5. En conclusion, les problèmes de santé à compter du 1^{er} janvier 2014 ne sont plus de façon certaine ou au moins probable les suites de l'accident invoqué selon les trois médecins-experts.
6. La décision attaquée apparaît ainsi fondée et doit être maintenue. Il est en effet de jurisprudence constante qu'il faut accorder plus de poids à l'expertise d'un spécialiste qu'à l'appréciation du médecin-traitant, laquelle repose généralement sur des examens moins fouillés que ceux de l'expert et doit être considérée avec la réserve qui s'impose en raison de sa position particulière vis-à-vis du patient. L'opinion de spécialistes revêt en effet des garanties d'objectivité supérieures à l'avis du médecin-traitant."

B. Par acte du 10 septembre 2014, L. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée en concluant à sa réforme en ce sens que la F. _____ est tenue de poursuivre la prise en charge du traitement ainsi que le versement de l'indemnité journalière après le 31 décembre 2013. Le recourant conteste la valeur probante attribuée par l'intimée aux conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 avril 2013 du CEMed ; reprenant les arguments développés dans son opposition des 20 décembre 2013 et 19 février 2014, L. _____ allègue en premier lieu que l'expertise serait incomplète dès lors qu'il y est mentionné en page 9 sous la rubrique « examen neuropsychologique » que celui-ci « n'a pas pu être passé, car l'assuré présentait des plaintes récurrentes » de sorte qu'en pages 11 et 12, les experts auraient admis se trouver dans l'impossibilité de déterminer précisément les conséquences éventuelles de l'événement accidentel du 14 juin 2008 sur le plan neurologique et neuropsychologique. Or en l'espèce, l'évaluation neuropsychologique ne serait pas un élément anodin dès lors que des troubles inquiétants ont été identifiés comme séquelles de l'accident du 14 juin 2008 tant par le Dr

W._____ dans son expertise du 28 décembre 2009 que par la Dresse H._____ plus de douze mois plus tard. Le recourant répète qu'il serait même possible de soutenir que l'impossibilité constatée par les experts du CEMed en janvier et février 2013 correspondait en réalité à une aggravation de son status neuropsychologique. Il soutient ensuite une absence d'explications des experts en lien avec leur éviction du diagnostic d'épisode dépressif consécutif à l'accident pourtant précédemment retenu. Il relève encore l'absence dans l'expertise du CEMed d'éléments attestant l'existence d'une maladie pré-existante susceptible d'avoir été aggravée du fait de l'accident. Le recourant estime dès lors que son atteinte à la santé serait toujours en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident de la mi-juin 2008. Il fait valoir par ailleurs que les rapports des Drs M._____ et T.T._____, postérieurs aux expertises de janvier et février 2013, confirment ses arguments.

Dans sa réponse du 12 novembre 2014, se référant en intégralité à la teneur de la décision querellée, l'intimée a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée.

Le recourant n'a pas répliqué dans le délai imparti par le Tribunal.

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 sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; 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 al. 1 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, par son représentant, est domicilié dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fériés d'été (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable selon l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable.

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

b) Est litigieuse en l'espèce, la question de savoir si la F._____ était fondée à mettre un terme au 31 décembre 2013 à toutes les prestations d'assurance en lien avec l'accident professionnel survenu le 14 juin 2008.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle.

Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1 b, avec les références). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte.

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 » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 sv., consid. 3b). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire; in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2e éd., Bâle 2007, n° 79 p. 865).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3).

Si l'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 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 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 80 p. 865).

b) En matière de lésions au rachis cervical par accident de type "coup du lapin", en matière de traumatisme analogue ou en matière de traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 335 consid. 2 et 117 V 359 consid. 4b ; ATF 134 V 109 consid. 9).

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 LPGGA).

4. a) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et

l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références).

b) En cas d'atteinte à la santé physique, ce lien est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En revanche,

la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves.

c) 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, à un traumatisme analogue ou à 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.

aa) 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).

bb) 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).

5. a) L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (principe de la libre appréciation des preuves, cf. art. 61 let. c LPGA). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C_624/2014 du 19 décembre 2014, consid. 5.4.2, 8C_368/2013 du 25 février 2014, consid. 4.2.4, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 8C_624/2014 du 19 décembre 2014, consid. 5.4.2, 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 6C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, 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 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C 91/2008 du 30 septembre 2008).

b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables — de nature clinique ou diagnostique — qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012, consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012, consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011, consid. 6.1.2 et la jurisprudence

citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011, consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014, consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

6. En l'espèce, l'intimée a retenu - suivant en ce sens l'avis de son médecin-conseil du 6 mai 2013, lui-même basé sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire (neurologique, neuropsychologique et psychiatrique) du CEMed du 26 avril 2013 -, que l'état de santé du recourant, définitif tant sur le plan neurologique que psychique, n'était plus en lien de causalité naturelle avec les suites de l'accident du 14 juin 2008 au motif que cet événement n'entraîne ni limitations fonctionnelles ni incapacité de travail objectivables, ceci au plus tard dès le 1^{er} mai 2013. Cette dernière date a finalement été reportée au 1^{er} janvier 2014 par l'intimée dans sa décision, compte tenu d'une surcharge de travail l'empêchant de statuer plus tôt qu'à la mi-décembre 2013 sur le cas particulier.

Le recourant conteste ce point de vue. Il soutient au contraire que le rapport d'expertise du CEMed ne saurait se voir attribuer valeur probante d'une part, en raison de sa qualité même (absence d'examen neuropsychologique, éviction du diagnostic d'épisode dépressif sans explication et absence de mise en évidence d'une maladie pré-existante aggravée par l'accident) et, d'autre part, vu ses contradictions avec les autres pièces médicales au dossier, en particulier les avis contraires postérieurs des médecins traitants, à savoir celui du 5 avril 2013 du Dr M._____ ainsi que celui du 21 octobre suivant de la Dresse T.T._____. Le recourant soutient en conséquence souffrir d'atteintes à

la santé (somatiques et psychiques) encore incapacitantes, en lien avec l'accident et nécessitant d'être traitées après le 31 décembre 2013.

7. a) Sur les plans neurologique, neuropsychologique et psychique, les experts du CEMed ont posé les diagnostics de status après polytraumatisme ayant entraîné un TCC avec hématome épidural temporal droit traité par évacuation en urgence, fracture des côtes 1 à 6 droites, contusions hépatiques et pulmonaires, ainsi que de syndrome subjectif post-traumatique d'évolution indéterminable compte tenu d'éléments de surcharge majeurs liés.

Sur le plan somatique au sens strict, on constate que l'ensemble des médecins consultés s'accordent pour retenir une évolution favorable des suites directes du traumatisme, comme la tendinite du sus-épineux D, la fracture des côtes 1 à 6 D, la contusion hépatique et pulmonaire ainsi qu'une partie des atteintes cognitives (rapports des 4 septembre 2008 et 2 mars 2009 du Dr M._____). Les médecins du service de neuropsychologie et neuroréhabilitation de l'hôpital [...] ont relevé le 29 juillet 2008 une bonne amélioration des performances cognitives dans un premier temps. Ils ont toutefois noté, après deux semaines, une baisse des performances qu'ils ont mise sur le compte des préoccupations du patient pour son avenir (situation administrative compliquée en ce qui concerne le permis de séjour, soucis financiers, etc.). Les médecins traitants de l'assuré ont constaté que celui-ci présentait encore une symptomatologie subjective post-commotionnelle (fatigue, vertige, trouble du sommeil, photophobie, phonophobie, agoraphobie) et quelques troubles cognitifs (mnésiques, exécutifs, attentionnels et ralentissement). Ils ont exposé que l'incapacité de travail était due avant tout à un état dépressif sévère qui empêchait l'assuré de dépasser ses atteintes résiduelles (cf. notamment expertise du Dr W._____ du 28 décembre 2009, rapports des 2 mars 2009, 11 juin 2009, 14 avril 2010 et 31 mai 2011 du Dr M._____). La Prof. H._____ a également relevé, comme le Dr M._____, un état dépressif et/ou des éléments de surcharge à composante non organique. A plusieurs reprises, le Dr M._____ a observé que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était

due à des circonstances sans rapport avec l'accident, à savoir la situation administrative en Suisse et économique du recourant ; celui-ci se sentant coincé dans une situation où il trouve à la fois difficile de rester en Suisse, loin de sa famille et de rentrer auprès des siens dans cet état (rapports du Dr M. _____ des 10 avril 2010, 13 juillet 2010 et 16 août 2010 et de la Prof. H. _____ du 5 août 2011). Il existe ainsi des facteurs extérieurs à toute atteinte médicale qui influencent sur la capacité de travail de l'assuré.

Sur le plan neurologique, les experts ont constaté que l'examen était à considérer comme sans anomalie objectivable avec des anomalies sans substrat somatique. A cet égard, les différents bilans neurologiques pratiqués initialement dans le cadre du service de neurochirurgie du CHUV et du service de neuro-réhabilitation n'ont pas démontré d'atteinte neurologique significative, même en début d'évolution. Malgré le fait que les experts ont été confrontés à des difficultés (voire même parfois à des impossibilités s'agissant notamment de l'examen neuropsychologique) liées aux conditions de collaboration (participation très minimale) de l'assuré, ils ont pu conclure sur la base de leurs propres constatations et sur l'ensemble des pièces médicales du dossier que leur bilan ne permettait pas d'objectiver avec probabilité ou certitude l'existence d'atteintes somatiques sur les plans neurologique et neuropsychologique représentant une limitation fonctionnelle ainsi qu'une limitation de la capacité de travail de l'assuré ni une possible atteinte à l'intégrité. Ils ont relevé à cet égard la prédominance de facteurs psychologiques (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 avril 2013 du CEMed p. 12). On peut dès lors retenir, à l'instar des experts, pour établi au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles cognitifs rapportés par le recourant ne découlent pas d'une lésion structurelle objectivable du cerveau.

b) Sur le plan psychique, les experts ont relevé que le comportement de l'assuré était pour le moins démonstratif et qu'ils demeuraient perplexes quant à certains faits, l'assuré donnant l'image

d'une personne déficitaire sévèrement atteinte, alors que cela ne l'avait pas empêché de voyager, d'agrandir et de s'occuper de sa famille. Les experts n'ont pas retenu le diagnostic d'état dépressif sévère tel que posé précédemment par les médecins consultés. Ils ont motivé leur position en exposant que l'état dépressif était attribué par le Dr W._____ à trois facteurs, soit en premier, des séquelles psycho-organiques du TCC, séquelles qui n'ont cependant jamais été démontrées et qui au mieux ont été considérées comme possibles, mais non certaines. Il est ensuite évoqué des réminiscences et un sentiment de pertes sur le plan narcissique, mais objectivement, les experts ne voient pas de quelles pertes il s'agit et en quoi l'assuré est devenu un homme diminué. Le dernier facteur concerne le vécu de l'accident comme une sanction par rapport à un sentiment de culpabilité d'avoir fait un mauvais choix. Il s'agit d'une hypothèse psychodynamique non démontrable dont le fondement relève d'une problématique personnelle et sans relation avec l'accident. Les experts ont conclu que l'évolution psychique, suite à un accident certainement moyennement grave, était totalement inhabituelle. La détérioration n'était objectivement pas démontrée, ce d'autant plus que la perte de connaissance avait été courte et le Glasgow normal lors de l'arrivée à l'hôpital. Il n'était ainsi pas possible d'objectiver avec probabilité ou certitude l'existence d'atteinte de la santé à l'origine des limitations fonctionnelles, ni d'atteinte à l'intégrité. Des facteurs d'exagération étaient probables. Ainsi, les experts ont conclu que l'évolution défavorable et atypique des troubles que présentait l'assuré ne pouvait être attribuée aux conséquences de l'accident.

c) Les rapports postérieurs à l'expertise du CEMed n'apportent aucun élément de nature à mettre en doute les conclusions de cette dernière. En effet, le Dr W._____ affirme que le diagnostic d'état dépressif sévère est en relation de causalité certaine avec l'accident; car il a été déclenché par l'accident ou ses conséquences. Or, il sied de rappeler ici que le seul fait que des symptômes 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. consid. 4b in fine supra). Il convient au contraire en principe d'en

rechercher l'étiologie. Quant à la Prof. H._____, bien qu'elle note qu'il a été mis en évidence «une dysfonction exécutive, des troubles attentionnels, une diminution de la capacité de participation à l'examen, ce qui correspond à une péjoration du tableau neuropsychologique par rapport à l'évaluation des 23 et 25 juin 2008» au dernier bilan du 4 mai 2011, elle constate des résultats incompatibles avec l'évolution neuropsychologique attendue. Partant même si l'exacerbation volontaire des troubles n'y est alors pas attestée, il demeure que l'opinion de la Prof. H._____ se recoupe en partie avec celle des experts du CEMed, dès lors qu'ils constatent de manière concordante des éléments de surcharge chez l'assuré.

A cela s'ajoute le fait que le rapport du 5 avril 2013 du Dr M._____ n'est pas déterminant, dès lors que ce médecin n'y pose pas de nouveau diagnostic dont les experts du CEMed n'auraient pas eu connaissance lors de leurs examens datant de janvier/février 2013. Le rapport du 21 octobre 2013 de la Dresse T.T._____ fait suite à une consultation du 22 juillet 2013, ce psychiatre étant le dernier en date à avoir assuré le suivi ambulatoire du recourant auprès de la PMU avant la décision querellée. Son analyse du cas repose ainsi pour l'essentiel sur les rapports antérieurs de ses confrères psychiatres sans que l'on ne sache en quoi a consisté concrètement la consultation de la fin juillet 2013. Ce rapport consiste en une appréciation distincte d'un même état de fait déjà connu des experts du CEMed sans qu'il n'en ressorte de substrat médical objectif nouveau de nature à mettre en doute le bien-fondé de l'expertise du CEMed.

Finalement, les conclusions approfondies des experts du CEMed sont convaincantes et doivent être suivies. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin à ses prestations au 31 décembre 2013.

8. a) Au surplus, on relèvera que même en retenant que le recourant présente toujours des atteintes des suites d'un traumatisme cranio-cérébral en lien de causalité naturelle avec l'accident, l'issue du recours n'en serait pas modifiée vu l'absence de causalité adéquate.

En l'occurrence, le recourant a fait une chute de plus de deux mètres de hauteur avec réception sur la tête et le corps, il n'a toutefois perdu connaissance que durant trois minutes et a présenté en particulier un score de Glasgow normal à son arrivée à l'hôpital. Partant, il s'agit d'un accident de gravité moyenne (cf. TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 — perte de connaissance d'une demie-heure à une heure). Il ressort des différents rapports médicaux (cf rapport du Dr M. _____ des 2 mars 2009, 11 juin 2009, 15 décembre 2009 et 14 avril 2010, du Dr W. _____ du 28 décembre 2009 et de la Prof. H. _____ du 5 août 2011) que les éventuels symptômes résiduels d'un TCC ont été relégués à l'arrière-place par l'atteinte psychique indépendante (état dépressif sévère) qui doit être examinée à l'aune des critères jurisprudentiels applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un événement accidentel (cf. consid. 4 c/bb ci-dessus).

Dans le cas présent, aucun des critères n'est réalisé. L'assuré a subi une craniotomie temporale droite pour évacuation en urgence d'un hématome épidural temporal droit, intervention décrite comme sans aucune complication étant précisé également qu'il n'y a pas été décelé d'hémorragie intracérébrale ou de déplacement de la ligne médiane au CT-Scan. Les suites directes des atteintes physiques étant rapidement favorables (cf. notamment le rapport du 22 août 2008 du Prof. Z. _____ et du Dr A. _____ du CURN), une première reprise de travail à 50% a été envisagée déjà dès le 1^{er} septembre 2008 par le Dr M. _____, reportée au même taux au 15 mars 2009. Une seconde tentative de reprise de travail était encore prévue « à au moins 50% » dès le 15 décembre 2009. Nonobstant une évolution favorable des atteintes physiques dues à l'accident, ces reprises d'activité professionnelle se sont révélées impossibles exclusivement en raison d'un trouble de l'humeur non objectivable chez l'assuré (dans son rapport du 5 avril 2013 le Dr M. _____ mentionne en ce sens que « si l'humeur s'améliorait, l'on devrait aussi observer une réduction de la symptomatologie de type post-commotionnel »), lequel se plaignait essentiellement d'une fatigue, d'un épuisement et de vertiges. La longueur de l'incapacité de travail n'était

ainsi pas due aux lésions physiques, mais à la péjoration des troubles cognitifs pour des motifs extérieurs à l'accident. Les douleurs physiques n'ont pas été persistantes, la durée du traitement médical n'a pas été anormalement longue et il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical. De plus, à dire d'experts, l'évolution de l'état de santé de l'assuré était totalement inhabituelle pour ce genre d'atteinte (TCC). La détérioration n'était objectivement pas démontrée, les suites du TCC ont été rapidement favorables, de même que les atteintes physiques qui n'ont pas nécessité en soi une longue incapacité de travail comme indiqué précédemment et les circonstances de l'accident n'ont pas été particulièrement impressionnantes ni dramatiques.

b) Même si l'on considérait que les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme cranio-cérébral n'étaient pas relégués au second plan par l'atteinte psychique, 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 motifs évoqués ci-dessus, aucun de ces critères n'est réalisé.

Le lien de causalité adéquate n'est ainsi pas établi.

Partant, l'intimée était en droit de mettre fin aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical à compter du 1^{er} janvier 2014 faute de lien de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes à la santé affectant le recourant sur les plans somatique, cognitif et psychique et l'accident professionnel survenu le 14 juin 2008.

- 9.** Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA), ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 29 juillet 2014 par la F. _____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- UNIA Vaud Secrétariat du Nord vaudois (pour L. _____),
- F. _____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :