

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2018

Composition : M. PIGUET, président
MM. Neu et Métral, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

X. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jacques Micheli,
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. 4 et 6 LPGA ; 6 al. 1 et 16 LAA

E n f a i t :

A. **a)** X._____, né en 1978, a suivi une formation élémentaire en tant qu'ouvrier de garage (automobiles). En dernier lieu, il travaillait en qualité de mécanicien et de collaborateur à la mise en bouteille pour le compte de la société spécialisée dans le commerce de vin P._____, SA à F._____ ; il était assuré à ce titre contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

b) Le 11 mars 2013, X._____ a été victime d'un accident de travail. Alors qu'il était occupé à déplacer une cuve mobile avec des collègues de travail, l'élément qui tenait la cuve surélevée s'est abaissé et la barre de maintien du système de levage des roues a heurté sa tête. A la suite du choc, l'assuré a été projeté au sol, mais n'a pas subi de perte de connaissance objectivée. Transféré aux urgences de T._____, il a bénéficié d'une suture du cuir chevelu ; aucun bilan radiologique n'a alors été effectué.

Au cours de la nuit suivante, l'assuré a présenté des nausées, des vomissements et des vertiges, avec de violentes céphalées en casque. Les examens radiologiques mis en œuvre par son médecin traitant, le docteur R._____, n'ont pas mis en évidence de lésions traumatiques. L'assuré a été adressé ensuite à un neurologue (rapport du docteur Z._____ du 3 avril 2013), puis à un neuropsychologue (rapports de C._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, des 25 mai et 6 juin 2013).

Face à la persistance des symptômes (céphalées en casque, vertiges, phono- et photophobie, fatigue, irritabilité, troubles du sommeil ainsi que troubles de la mémoire et de la concentration), l'assuré a été adressé à la Clinique J._____ pour une évaluation interdisciplinaire. Dans le rapport établi à la suite du séjour de l'assuré (du 24 au 27 juin 2013), les docteurs G._____, spécialiste en neurologie, et S._____, spécialiste

en médecine interne générale et en rhumatologie, ont retenu les éléments suivants :

[...]

L'**examen clinique** nous met face à un homme de 34 ans, soigné et collaborant, ne démontrant aucun comportement douloureux. Il se plie sans rechigner aux tests à effectuer sur ordre. Objectivement, on ne retrouve pas de limitation des amplitudes articulaires tant périphériques que du rachis. L'examen neurologique spécialisé ne démontre pas de signe d'une atteinte centrale post traumatique ni de signe de latéralisation. Le résultat de l'**examen neuropsychologique** réalisé avant le présent séjour doit être interprété avec prudence en raison des signes compatibles avec un trouble développemental. En plus, les céphalées ont probablement diminué ses capacités attentionnelles raison pour laquelle cet examen ne reflète probablement pas les réelles performances du patient.

Le patient collabore un peu moins bien à l'**évaluation des capacités fonctionnelles** qu'il ne l'a fait au cours de l'approche médicale. Le score de 99 atteint au PACT donne à penser qu'il ne peut s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats obtenus au cours des tests proprement dits, on peut relever qu'il sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. Il est en effet capable de manutentionner des charges allant jusqu'à 17,5 kg. Et encore s'autolimité-t-il, c'est-à-dire qu'il met fin à la tâche avant que l'évaluatrice n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. Par conséquent, les performances réalisées représentent ce qu'il a accepté de faire plutôt que ses aptitudes physiques réelles. La volonté de donner le maximum aux tests a donc été incertaine et le niveau de cohérence pendant l'évaluation est jugé moyen.

Les **examens d'imagerie** en particulier l'IRM cérébrale du 17 avril 2013 sont rassurants, et ne démontrent pas de lésion traumatique.

A ce stade, on retient le diagnostic de TCC de degré léger avec des céphalées post traumatiques, et troubles cognitifs d'intensité modérée à sévère.

L'**examen psychiatrique** nous met face à un patient dont la cognition semble dans la norme, l'orientation bonne, sans troubles de mémoire, ralentissement psychomoteur ni agitation et un discours cohérent. On ne retrouve pas de symptomatologie dépressive significative avec moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, fatigabilité anamnétique, sans trouble de concentration ou de mémoire, rumination existentielle sans idée noire, sans anhédonie, sans repli social, sans perte d'estime de lui-même, sommeil qualifié de mauvais en fonction de retards d'endormissement et de réveils récurrents, appétit diminué. Il n'y a pas de symptomatologie anxieuse significative ni de symptomatologie floride de la série psychotique ou de critère de trouble de la personnalité. On ne retient pas le diagnostic de

syndrome post traumatique. En conclusion, sur le plan psychiatrique l'examen ne met pas en évidence de symptomatologie évocatrice d'un diagnostic significatif.

Le **pronostic** peut être ici considéré comme bon : l'accident du 11 mars n'a pas entraîné de lésion objective, ni laissé de trace au plan psychiatrique. En revanche il y a des troubles neuropsychologiques objectivés attribués d'une part à des troubles des apprentissages et d'autre part aux suites du TCC. Cependant le patient a pu mener à bien une formation de mécanicien malgré ces troubles préexistants et fonctionner professionnellement normalement jusqu'à la date de l'accident. On ne retrouve pas de facteur personnel ou contextuel de mauvaise évolution, mais l'on souligne une participation moyenne à l'évaluation des capacités fonctionnelles.

Concernant le **traitement**, l'adjonction d'un anti-inflammatoire pourrait être bénéfique en ce qui concerne les céphalées, avec une physiothérapie de renforcement cervical. Le ralentissement psychomoteur étant en partie induit par la prise de Surmontil le soir, nous proposons de diminuer ce traitement, un effet iatrogène paraissant clairement envisageable. Du Remeron à faibles doses le soir (7,5 mg par exemple) pourrait être proposé afin d'améliorer le sommeil. La concentration pourrait être améliorée enfin par l'introduction de Symfona forte un comprimé le matin, à augmenter après 1 semaine à 2 comprimés matin et midi. Au final, on peut s'attendre à ce que le patient reprenne progressivement ses activités habituelles, y compris professionnelles, au cours du prochain trimestre.

Compte tenu de la persistance des symptômes, l'assuré a séjourné une seconde fois à la Clinique J._____ du 12 novembre au 17 décembre 2013 afin de procéder à une évaluation multidisciplinaire et professionnelle. Dans leur rapport du 6 janvier 2014, les docteurs M._____, spécialiste en neurologie, et D._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics de traumatisme cranio-cérébral léger, de syndrome somatoforme douloureux et de troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante, puis expliqué ce qui suit :

Ce patient de 34 ans, qui travaille dans le commerce d'eaux minérales comme collaborateur à la mise en bouteilles a présenté un accident au travail le 13.03.2013, avec les diagnostics susmentionnés. Il est adressé pour une évaluation multidisciplinaire et professionnelle.

Au cours de ce séjour, nous avons mis en évidence les problèmes suivants:

En ce qui concerne le TCC léger, notre neuroradiologue confirme l'absence de fracture du crâne sur le RX standards et toutes lésions extra- et intradurales sur la RMN cérébrale.

Nous avons donc tenté de rassurer le patient en lui expliquant qu'il n'y avait aucune lésion dans son cerveau, contrairement à ce qu'il avait compris.

Sur le plan **cognitif**, chez ce patient à l'attitude extrêmement tendue, on observe des résultats déficitaires aux épreuves attentionnelles (attention partagée), exécutives (incitation, programmation, flexibilité), et mnésiques.

Globalement, les résultats sont plutôt abaissés par rapport au bilan du mois de mai, ce qui reflète probablement l'inquiétude croissante de ce patient. Les performances en attention divisée sont par contre légèrement améliorées, en lien probable avec une meilleure tolérance au bruit (les temps de réponse excédaient 2 secondes pour la modalité auditive lors du 1^{er} bilan, et ce test avait été particulièrement mal vécu).

Notre attitude face à ce patient que nous avons suivi à raison de 3 séances de rééducation par semaine, a été:

- d'expliquer la nature des céphalées et tenter de balayer les fausses croyances,
- de le rassurer quant à ses compétences cognitives réelles,
- d'amener le patient à constater que ne rien faire n'améliore pas la situation, et qu'une activité telle qu'il l'a expérimentée à la Clinique J. _____ n'est pas dangereuse ou néfaste pour lui,
- de l'amener à faire un programme des différentes activités qu'il pourrait reprendre progressivement en apprenant à gérer et apprivoiser les céphalées.

Le patient a écouté avec attention mais un certain pessimisme les informations données. Ses propos laissent cependant espérer qu'il a fait un certain chemin dans cette direction. Une prise en charge spécifiquement neuropsychologique n'est pas indiquée.

Dans le cadre de troubles du sommeil et de baisse du moral, nous demandons une évaluation **psychiatrique**, par la Dresse. F.F. _____. Comparativement à l'évaluation psychiatrique exhaustive du Dr V. _____ datée de fin juin 2013, l'état du patient n'a pas beaucoup évolué, si ce n'est en se référant à ses plaintes, une augmentation de l'irritabilité et une tolérance diminuée aux céphalées. Aucun élément contextuel de surcharge n'est clairement mis en évidence.

Un suivi psychothérapeutique a été poursuivi en fournissant des explications et des mesures de réassurance appropriées au patient, qui espère beaucoup une réduction des douleurs. Un suivi psychologique individuel lui a aussi été offert, axé sur la gestion des douleurs et de la nervosité. Il a été aussi question de techniques de respiration et de cohérence cardiaque. M. X. _____ semble avoir de la peine à constater les changements et les effets bénéfiques de ces méthodes, pourtant bien visibles.

Un téléphone avec son psychiatre, le Dr K. _____ ([...]), nous a informé des antécédents psychosomatiques du patient, déjà traité pour des céphalées voici 2 ans. Le service de psychiatrie de liaison de l'Hôpital H. _____ l'a vu l'été dernier et posé un diagnostic d'état dépressif sévère et trouble somatoforme indifférencié. Un rendez-vous est fixé avant Noël.

Nous avons demandé également une évaluation ORL par le Dr Q. _____, qui a vu le patient le 19.11.2013. L'examen oto-

neurologique est normal. Il faut soulever la problématique de la constance des déclarations du patient, pouvant effectivement être déstabilisantes. Cependant, les examens paracliniques supra-liminaires montrent qu'il n'y a pas d'atteinte résiduelle de l'appareil stato-cinétique et périphérique.

La posturographie dynamique montre un faible taux de stabilité (85 %), mais une bonne fonction d'équilibration générale. Les 3 entrées sensorielles sont utilisées, cependant, l'entrée somesthésique a été stimulée avec succès en physiothérapie.

A la sortie, il est capable de se déplacer en marchant en sécurité sans limitations. Aucun moyen auxiliaire n'est nécessaire.

Nous lui avons proposé de poursuivre le traitement physiothérapeutique à raison de 2 x/semaine, à visée d'amélioration des fonctions de coordination et d'antalgie lombaire et de reconditionnement général.

Concernant les céphalées tensionnelles, nous avons essayé un traitement de neurostimulation avec l'appareil Céphaly, durant deux semaines mais qui n'a pas eu d'effet. De même l'introduction d'un traitement de Saroten à 25 mg a été aussi inefficace, raison pour laquelle nous l'avons augmenté à 50 mg. Pour l'instant cette médication semble être bien tolérée. Nous vous proposons de l'augmenter à 75 mg si l'effet antalgique est insuffisant. A ceci nous avons maintenu un traitement de paracétamol d'office 3x/j.

Sur le plan **professionnel**, l'état de santé de Mr X._____ est essentiellement pénalisé par des céphalées permanentes. Ces douleurs génèrent un trouble de l'adaptation sur un mode anxieux. Les capacités attentionnelles sur un poste de travail sont de fait limitées dans le temps (moins de 2 heures consécutives). Nous soulignons qu'aucune lésion cérébrale n'a été démontrée et que ce sont essentiellement les aspects psychologiques qui sont un frein à la guérison et au retour au travail. Nous pensons donc que le retour au travail est une mesure thérapeutique pour redonner confiance au patient, d'autant plus que le soutien psychiatrique est maintenu. Une reprise progressive sur son ancien poste a donc été convenue. Nous préconisons une reprise à 20 % du temps plein. Malgré les conditions peu favorables (environnement bruyant), nous espérons que le retour sur le poste de travail pourra permettre un retour à la normale.

Au terme de ce séjour, nous ne retenons plus de limitations à mettre en rapport avec l'accident, mais essentiellement des symptômes psychologiques.

Une tentative de reprise du travail au début du mois de janvier 2014 a échoué après une seule journée.

La CNA a complété l'instruction en requérant des renseignements complémentaires auprès du psychiatre traitant de l'assuré, le docteur K._____. Dans un rapport du 17 mars 2014, ce médecin a fait état d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes

psychotiques, et de somatisations versus trouble somatoforme indifférencié ; il a souligné en particulier que son patient ne présentait pas, avant l'accident de mars 2013, de symptomatologie dépressive ou douloureuse active, celle-ci s'étant développée dans les suites de l'accident.

Le dossier a été soumis pour appréciation au Centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA, lequel a, par le biais du docteur E._____, spécialiste en neurologie, pris les conclusions suivantes (rapport du 9 juillet 2014) :

Pour résumer, je parviens à la conclusion que dans le cadre de l'accident, l'assuré a subi un choc à la tête, éventuellement une légère lésion cérébrale traumatique sans complications (c'est-à-dire non accompagnée par des lésions cérébrales structurales). Selon les critères de l'International Headache Society, l'accident a provoqué des céphalées post-traumatiques aiguës. Il s'agit de céphalées qui apparaissent dans les sept jours suivant un traumatisme crânien et durent jusqu'à trois mois.

L'évolution après une lésion cérébrale traumatique légère sans complications est très prévisible et auto-limitante (spontanément curable). Des études montrent que trois semaines après le traumatisme, les symptômes tels que les céphalées et les vertiges apparaissent certes plus fréquemment chez les personnes blessées que dans la population générale, mais les performances neuropsychologiques des deux groupes ne sont pas différentes.

Chez Monsieur X._____, des antécédents de céphalées sont documentés depuis 1999. Avant l'accident du 11.03.2013, l'assuré a été qualifié d'anxieux/dépressif par des spécialistes à de nombreuses reprises.

Il est donc très probable que l'accident du 11.03.2013 ait aggravé l'état antérieur pendant trois mois de manière temporaire, mais non durable. Par la suite, ce sont des facteurs préexistants, liés au développement et pathologiques, c'est-à-dire indépendants de l'accident et de nature fatidique, qui ont influencé le tableau clinique de manière déterminante.

Par décision du 10 juillet 2014, confirmée sur opposition le 12 septembre 2014, la CNA a mis un terme au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 10 juillet 2014.

c) Le 21 novembre 2013, X._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'office AI).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a fait verser à la cause le dossier constitué par la CNA, puis a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire - neurologie, psychiatrie et médecine interne générale - au Centre d'Expertise Médicale B._____. Dans leur rapport du 16 janvier 2015, les docteurs A._____, spécialiste en médecine interne générale, L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W._____, spécialiste en neurologie, ont posé les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble somatoforme indifférencié, de status après fracture de l'auriculaire droit avec flexum résiduel et de troubles digestifs fonctionnels légers. Sur un plan somatique, il n'y avait pas d'atteinte justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail, même partielle, dans l'activité exercée antérieurement, ainsi que dans toute activité potentiellement exigible ; s'agissant de la causalité avec l'événement accidentel, il y avait lieu de penser que les suites à caractère purement somatique s'étaient épuisées au terme d'une période de trois mois au plus, la persistance des troubles étant clairement de nature non traumatique et liées à des facteurs psychologiques. Sur le plan psychique, le tableau clinique, lequel associait des plaintes somatiques multiples (céphalées, sensations vertigineuses mal systématisées, troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi que lombalgies) et une symptomatologie dépressive directement liée à la symptomatologie douloureuse et non objectivée à l'examen psychiatrique, évoquait en premier lieu un trouble somatoforme indifférencié ; alors même que ce trouble n'était pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère et qu'il n'existait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé et pas d'échec des traitements ambulatoires, l'assuré semblait s'être enfermé dans un rôle de handicapé, comportement qui était renforcé par l'attitude protectrice de son entourage.

Se fondant sur les conclusions de cette expertise, l'office AI a, par décision du 4 mai 2015, rejeté la demande de prestations.

L'assuré a formé recours contre la décision portant sur le droit à la rente devant la Cour de céans. Ce recours est traité dans la procédure parallèle AI 163/15.

B. **a)** Par acte du 13 octobre 2014, X. _____ a déféré la décision sur opposition rendue le 12 septembre 2014 par la CNA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi de toutes les prestations prévues par la LAA au-delà du 10 juillet 2014, subsidiairement au renvoi de la cause à la caisse pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

Contestant l'appréciation des pièces médicales opérée par la CNA, l'assuré estimait que celle-ci avait violé le droit fédéral en considérant que son état de santé sur le plan neuropsychologique était stabilisé et qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre les troubles neuropsychologiques psychiques dont il souffrait et l'accident dont il avait été la victime. Constatant qu'il était toujours en incapacité de travail totale, il requérait la poursuite du versement des prestations qui lui étaient allouées.

b) Dans sa réponse du 14 novembre 2014, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle estimait que, sur le plan neurologique, l'événement accidentel avait tout au plus pu entraîner une aggravation passagère d'un état antérieur présent chez l'assuré. En effet, celui-ci souffrait avant l'accident de céphalées récidivantes et de troubles de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, tout en présentant une intelligence normale faible, en voie d'autonomisation. Les seules séquelles de l'accident auraient dû disparaître tout au plus après trois mois, en l'absence de lésions structurelles ou de déficits neurologiques. Les troubles persistants devaient être mis sur le compte d'un état maladif. Indépendamment de la question du lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate ne

pouvait être reconnu au vu des circonstances objectives du cas. Même si l'accident devait être considéré comme de gravité moyenne, aucun des critères retenus par la jurisprudence pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate ne pouvait être admis en l'espèce.

c) Dans sa réplique du 4 juin 2015, X. _____ a confirmé les conclusions de son recours du 13 octobre 2014. A l'appui de son écriture, il a notamment produit un rapport établi le 25 mars 2015 par le Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Département des neurosciences cliniques de l'Hôpital H. _____, aux termes duquel il ressortait que l'assuré présentait, en sus d'une symptomatologie anxio-dépressive probable, un défaut sévère de mémoire épisodique antérograde verbale, un dysfonctionnement exécutif modéré ainsi que des troubles attentionnels, tableau compatible avec les séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral. D'après l'assuré, les divergences entre les constatations des médecins l'ayant examiné et l'appréciation défendue par la CNA créaient un doute suffisant pour justifier la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (neurologique, psychiatrique et neuropsychologique).

d) Dans sa duplique du 6 juillet 2015, la CNA a souligné que le rapport du 25 mars 2015 produit par l'assuré faisait état d'antécédents et de comorbidités importants, de même que de composantes psychiques réelles.

e) Par ordonnance du 15 octobre 2015, le Juge instructeur a ordonné le versement à la cause du dossier constitué par l'assurance-invalidité.

f) Dans ses déterminations du 23 octobre 2015, X. _____ a expliqué que le dossier de l'assurance-invalidité contenait peu ou prou les mêmes documents médicaux que le dossier de la CNA, tout en soulignant que la problématique était similaire à celle qui se posait dans le cadre du litige qui l'opposait à l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud.

g) Par courrier du 29 février 2016, X. _____ a produit un nouveau rapport médical établi le 11 janvier 2016 par le Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Département des neurosciences cliniques de l'Hôpital H. _____ dont la teneur était la suivante :

Comparativement aux examens précédents, ces résultats sont légèrement fluctuants sur le plan cognitif, alors que les plaintes subjectives se sont aggravées.

Le tableau actuel nous semble à interpréter dans un contexte multifactoriel (contexte douloureux chronique probablement au 1^{er} plan, thymie abaissée, possible état de stress post-traumatique, avec répercussions sur la qualité du sommeil, la fatigue et enfin la cognition - cercle vicieux).

Au vu de cette symptomatologie, la reprise de l'activité professionnelle antérieure ne paraît actuellement pas envisageable et la conduite automobile est contre-indiquée sur le plan strictement neuropsychologique. La poursuite de la prise en charge psychiatrique nous semble être primordiale. Nous ne voyons actuellement pas d'indication à une prise en charge neuropsychologique, rejoignant l'appréciation de nos collègues neuropsychologues de la SUVA en novembre 2013.

Nous avons discuté de l'ensemble de ces résultats avec le patient et sa mère et avons également insisté sur l'importance de maintenir une petite activité physique quotidienne (marche par exemple), de reprendre certaines activités occupationnelles et d'éviter l'isolement. Nous lui avons également conseillé d'essayer une méthode de relaxation (telle que yoga ou mindfulness) afin de tenter de réduire l'irritabilité et l'impact des douleurs actuelles.

h) Par ordonnance du 17 juillet 2018, le juge instructeur a ordonné le versement à la cause des pièces médicales produites et requises dans le cadre de la procédure opposant devant la Cour de céans l'assuré à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (cause AI 163/15), soit :

- un avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 10 mars 2016 ;
- une lettre de la Professeure I. _____ du 27 mai 2016 ;
- un rapport du docteur K. _____ du 26 septembre 2016 ;
- un rapport de la Professeure I. _____ du 31 octobre 2016 ;
- un protocole opératoire du docteur P. _____ du 23 novembre 2016 ;
- un avis du SMR du 28 novembre 2016 ;

- un rapport du docteur O._____ du 5 décembre 2016 ;
- un avis du SMR du 2 mars 2017 ;
- deux rapports du docteur U._____ des 9 mai et 9 juin 2017 ;
- un rapport du docteur Y._____ du 9 juin 2017 ;
- un rapport d'expertise psychiatrique du docteur A.A._____ du 12 juillet 2017 ;
- un rapport d'expertise neurologique du docteur B.B._____ du 14 juillet 2017 ;
- un avis du SMR du 21 août 2017 ;
- un avis du SMR du 11 décembre 2017 ;
- un rapport d'examen psychologique de C.C._____ du 28 février 2018 ;
- un rapport d'expertise psychiatrique du docteur A.A._____ du 25 avril 2018 ;
- un rapport de la doctoresse D.D._____ du 9 mai 2018 ;
- un avis du SMR du 28 mai 2018.

i) Dans ses déterminations du 31 juillet 2018, X._____ a, en se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise établi le 25 avril 2018 par le docteur A.A._____, allégué que l'événement accidentel avait eu un impact majeur, puisqu'il avait été à l'origine de la décompensation du grave trouble psychiatrique dont il souffrait actuellement et qui entraînait une incapacité de travail totale.

j) Dans ses déterminations du 30 août 2018, la CNA a constaté qu'il n'était pas possible de nier que l'assuré était affecté de troubles complexes d'origines diverses. Elle en restait toutefois à son appréciation, selon laquelle le statu quo ante ou sine avait été atteint et les troubles d'ordre psychologique ne pouvait être mis en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident.

E n d r o i t :

1. 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 (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 10 juillet 2014.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2 deuxième phrase). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références).

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

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

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; voir également ATF 117 V 359 consid. 6a).

Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (TFA U 96/00 du 12 octobre 2000 consid. 2b, in RAMA 2001 n° U 412 p. 79; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5; TF 8C_957/2008 du 1^{er} mai 2009 consid. 4.2, 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 et 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

4. a) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

b) 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 les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

5. A la suite de son accident, le recourant s'est plaint ou se plaint encore de problèmes de plusieurs natures, soit :

- des troubles somatiques ;
- des troubles psychiques.

a) Sur la plan somatique, le recourant a présenté ou présente principalement, à la suite d'un traumatisme crânien qualifié de léger par le corps médical, des céphalées, des sensations vertigineuses, des troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que des lombalgies.

aa) Les divers examens neurologiques auxquels le recourant s'est soumis au fil des années n'ont pas permis de rattacher ses plaintes à un substrat objectif. Dans son rapport du 3 avril 2013, le docteur Z._____ faisait déjà état d'un status neurologique normal. Dans le cadre de l'examen qu'il a réalisé au cours du premier séjour du recourant à la Clinique J._____, le docteur G._____ n'a pas non plus observé de signes plaçant pour une atteinte centrale post-traumatique, précisant, d'une part, que les radiographies conventionnelles du crâne du 13 mars 2013 ne relevaient pas de signe de fracture et, d'autre part, que l'IRM cérébrale du 17 avril 2013 ne démontrait aucun signe de lésion post-traumatique (rapport du 3 juillet 2013). Pour sa part, le Centre d'Expertise Médicale B._____ a constaté, à la suite de son examen, qu'il n'y avait aucun élément permettant de conclure à l'existence d'une atteinte significative de nature post-traumatique ou malade du système nerveux central ou périphérique, hormis une hypoesthésie tactile et douloureuse facio-troncocrurale gauche, atteinte nouvelle qui était très certainement d'origine psychogène (rapport d'expertise du 16 janvier 2015, p. 15). Quant au docteur B.B._____ (rapport d'expertise du 14 juillet 2017, p. 9), il a indiqué que le recourant ne présentait aucun trouble neurologique détectable (voir également le rapport du docteur H.H._____ du 24 janvier 2014 et l'appréciation neurologique du docteur E._____ du 9 juillet 2014).

bb) En ce qui concerne les troubles qui relèvent plus particulièrement de la sphère neuropsychologique, C._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, a, dans un rapport du 25 mai 2013, fait état de troubles cognitifs, d'intensité modérée à sévère, d'origine vraisemblablement neuro-développementale d'une part (probables troubles combinés des apprentissages avec dyslexie et

dysgraphie, voire dysphasie et troubles attentionnels) et traumatique d'autre part. Dans son rapport d'évaluation du 3 juillet 2013, la Clinique J._____ a indiqué que le résultat de l'examen neuropsychologique précité devait être interprété avec prudence en raison de la présence de signes compatibles avec un trouble développemental. Dans son rapport d'évaluation du 6 janvier 2014, la Clinique J._____ a néanmoins fait état de résultats plutôt abaissés par rapport au bilan effectué au mois de mai 2013, ce qui, à son avis, reflétait probablement l'inquiétude croissante du recourant. Pour sa part, le Centre d'Expertise Médicale B._____ a considéré, s'agissant des anomalies neuropsychologiques mises en évidence lors du bilan de mai 2013, que les troubles dysexécutifs, attentionnels et mnésiques étaient des constatations aspécifiques correspondant très vraisemblablement, au vu du caractère objectivement modeste du traumatisme de mars 2013 et compte tenu du contexte psychologique global, à des facteurs de somatisation plutôt qu'à des éléments post-traumatiques, étant précisé qu'un manque de scolarisation jouait vraisemblablement un rôle dans les déficits constatés (rapport d'expertise du 16 janvier 2015, p. 15).

Par la suite, le recourant a été adressé au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital H._____. Dans un rapport du 25 mars 2015, la professeure I._____ a mis en évidence un défaut sévère de mémoire épisodique antérograde verbale, un dysfonctionnement exécutif modéré (difficultés d'incitation verbale et non verbale, d'inhibition, de flexibilité et de planification) ainsi que des troubles attentionnels (ralentissement léger observé cliniquement et sévère lors de certaines tâches chronométrées, fatigabilité modérée, défaut d'attention divisée et sélective, mémoire à court terme verbale déficitaire, nombreuses erreurs de calcul oral) ; le tableau clinique était compatible avec les séquelles possibles d'un traumatisme cranio-cérébral, probablement aggravées par des troubles de l'humeur. Dans un rapport subséquent daté du 11 janvier 2016, la professeure I._____ a observé des résultats légèrement fluctuants sur le plan cognitif, alors que les plaintes subjectives s'aggravaient ; à son avis, il convenait d'interpréter le tableau dans un contexte multifactoriel (contexte douloureux chronique

probablement au premier plan, thymie abaissée, possible état de stress post-traumatique, avec répercussions sur la qualité du sommeil, la fatigue et la cognition [cercle vicieux]). Invitée à prendre position sur la question de savoir si le fonctionnement au quotidien de l'assuré, tel qu'il ressortait d'observations réalisées par un détective mandaté par une assurance privée, était compatible avec les limitations mises en évidence, la professeure I_____ a, dans un rapport du 31 octobre 2016, constaté que le quotidien du recourant ne correspondait pas aux plaintes qui avaient été récoltées lors des deux évaluations neuropsychologiques ; tout en soulignant la relative complexité de la situation, elle ne pouvait toutefois exclure que ses propres évaluations étaient contemporaines à des périodes difficiles, tandis que la mesure d'observation avait eu lieu au cours d'une période relativement favorable.

Les tests neuropsychologiques réalisés dans le cadre de l'expertise neurologique diligentée par le docteur B.B. _____ ont mis en évidence, par rapport au second examen réalisé par la professeure I_____, la persistance d'un déficit en mémoire épisodique verbale, un dysfonctionnement exécutif et des scores hautement significatifs à divers questionnaires d'auto-évaluation, une accentuation des troubles attentionnels, ainsi que l'apparition d'un déficit en mémoire à court terme verbale ; l'ensemble des résultats devait être interprété en rapport avec l'échec répété des tests de validation de la collaboration dans l'effort mental et de l'introduction d'une exagération fonctionnelle des troubles, ce d'autant que certains résultats étaient caricaturaux et évoquaient une très importante surcharge fonctionnelle (rapport d'expertise du 14 juillet 2017, p. 8).

cc) Sur le vu de ce qui précède, il convient de constater que le recourant ne présente, à la suite de l'accident dont il a été la victime, aucune atteinte à la santé qui peut être attribuée à un substrat clairement objectif, hormis des limitations relevant de la sphère neuropsychologique (atteinte des fonctions mnésiques, exécutives et attentionnelles) dont l'origine doit être attribuée, pour partie du moins, à des prédispositions psychiques et à des troubles de l'apprentissage.

b) Sur le plan psychique, il convient de constater que la situation a donné lieu à des appréciations divergentes parmi les différents médecins qui ont été consultés au cours de la procédure.

aa) A la suite de l'examen psychiatrique qu'il a réalisé le 27 juin 2013 dans le cadre de l'évaluation interdisciplinaire qui s'est tenue à la Clinique J._____, le docteur V._____ n'a pas mis en évidence de symptomatologie évocatrice d'un diagnostic psychiatrique significatif. Dans un rapport établi dans le cadre du deuxième séjour du recourant à la Clinique J._____, la doctoresse F.F._____ a, tout en retenant le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante, indiqué que l'état du recourant n'avait pas beaucoup évolué depuis le premier examen réalisé par le docteur V._____.

bb) Le point de vue retenu par les médecins de la Clinique J._____ contraste fortement avec les observations faites par le département de psychiatrie de l'Hôpital H._____. Dans un rapport du 4 novembre 2013, le docteur E.E._____ a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et de trouble somatoforme indifférencié et fourni les explications suivantes :

Il s'agit d'un patient qui frappe d'emblée par l'état de régression important dans lequel il se trouve depuis l'accident. Il se présente accompagné de sa mère à chacun des rendez-vous, mère qui insiste pour être présente lors du début du premier entretien et relate que son fils passe ses journées à la maison, ne s'occupe plus de ses affaires administratives et est devenu fortement irritable depuis son accident. Le patient confirme les propos de sa mère et se montre compliant durant l'investigation mais adoptant une position passive nécessitant de la part de l'interlocuteur une position active afin d'obtenir des renseignements et nécessitant une énergie importante pour penser avec le patient.

Sur l'axe I, nous retenons un épisode dépressif majeur sans symptôme psychotique (diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée presque tous les jours, insomnie, ralentissement psychomoteur, fatigue et perte d'énergie, diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer), des symptômes anxieux sont également présents et à mettre en lien avec l'état dépressif (attaques de panique récurrentes et inattendues avec la crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique). Ces symptômes sont

accompagnés d'un changement de comportement important en relation avec les attaques et présence d'agoraphobie ainsi qu'un trouble somatoforme indifférencié. Le patient présente plusieurs plaintes somatiques, notamment des sentiments d'oppression et de douleurs au niveau de la tête qui ne peuvent pas s'expliquer par une affection médicale générale, ni par les effets directs d'une substance. Ces troubles sont apparus de manière concomitante au traumatisme crânio-cérébral.

Sur l'axe II, nous ne retenons pas de trouble de la personnalité.

Sur le plan du fonctionnement, nous pouvons émettre l'hypothèse d'un patient qui a eu des difficultés d'autonomisation et de séparation de sa famille (n'a jamais vécu seul, dépendait de sa famille au niveau administratif), l'accident entraînant la cristallisation d'une position régressive chez un patient présentant peu de capacités pour élaborer la problématique dans laquelle il se trouve. La situation étant relativement récente et le patient encore jeune, nous recommandons une approche pluridisciplinaire afin de favoriser une éventuelle reprise d'activité professionnelle ainsi que l'élaboration de la problématique d'autonomisation de ce patient. Il nous semble nécessaire qu'un traitement médicamenteux composé d'un antidépresseur et d'anxiolytique (à convenir avec le Dr K. _____) puisse être mis en place tant pour les symptômes dépressifs et anxieux. D'autre part, il nous semble qu'un suivi de type psychiatrique (suivi actuellement en cours par le Dr K. _____ à [...]) est également nécessaire et nous recommandons également une approche corporelle (physiothérapie, ergothérapie). Ce dispositif important semble à l'heure actuelle nécessaire afin de stimuler les ressources dont dispose encore ce patient et ce afin de tenter de prévenir une chronicisation de la situation qui n'est pas exclue au vu de la symptomatologie et du fonctionnement de ce patient.

Dans son rapport du 17 mars 2014, le docteur K. _____, psychiatre traitant, a indiqué faire siennes les conclusions du département de psychiatrie de l'Hôpital H. _____, ajoutant que son patient était connu de longue date pour une fragilité psychologique permettant l'émergence de somatisations et qu'il avait développé un nouvel épisode dépressif dans les suites de son accident du printemps 2013.

cc) Pour sa part, le Centre d'Expertise Médicale B. _____ a constaté que le tableau clinique, associant des plaintes somatiques multiples (céphalées, sensations vertigineuses mal systématisées, troubles de la mémoire et de la concentration et lombalgies) et une symptomatologie dépressive directement liée à la symptomatologie douloureuse et non objectivée à l'examen psychiatrique, évoquait en premier lieu un trouble somatoforme indifférencié existant depuis l'accident ; alors même que ce trouble n'était pas associé à une autre

pathologie psychiatrique sévère et qu'il n'existait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé et pas d'échec des traitements ambulatoires, l'assuré semblait s'être enfermé dans un rôle de handicapé, comportement qui était renforcé par l'attitude protectrice de son entourage (rapport d'expertise du 16 janvier 2015, p. 16 et 17).

dd) A la suite de l'examen psychiatrique qu'il a réalisé à la demande du docteur B.B. _____ et qui a donné lieu au rapport du 12 juillet 2017, le docteur A.A. _____ a, après s'être entretenu à trois reprises avec le recourant, posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique, d'anxiété généralisée, d'épisode dépressif moyen, d'autre modification durable de la personnalité, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques, de somatisation (probable) et de trouble dissociatif (de conversion) mixte (probable), D'après ce médecin, le recourant présentait un tableau psychiatrique complexe associant des troubles dans plusieurs registres ; le diagnostic d'état de stress post-traumatique permettait de rassembler dans un ensemble cohérent cette pathologie polymorphe, laquelle avait pour origine des traits de personnalité prédisposants.

ee) A la demande de la Cour de céans, le docteur A.A. _____ a complété son expertise à la lumière des derniers éléments médicaux versés au dossier. Dans son rapport du 25 avril 2018, l'expert a, après avoir revu le recourant à deux reprises, corrigé sa première appréciation et retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - d'autre trouble spécifique de la personnalité (personnalité psychotique), de retard mental léger, d'anxiété généralisée et d'épisode dépressif moyen, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de somatisation, de phobie spécifique (peur de la chute) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques. Il a notamment expliqué que l'approfondissement de l'examen avait permis de mettre en évidence l'existence d'une pathologie de la personnalité, trouble qui avait valeur de maladie et était responsable de l'incapacité totale de travail observée depuis l'accident. La gravité du trouble, présent de longue date

comme une vulnérabilité personnelle importante mais non décompensée jusqu'à l'accident, expliquait l'impact majeur de l'accident sans qu'il y ait de conséquences physiques ou neurologiques objectivées. Si l'aspect post-traumatique existait et avait existé, le traumatisme n'était pas le seul responsable de la décompensation. Le trouble était peu accessible à des mesures thérapeutiques, le traitement étant adapté mais inévitablement insuffisant au vu de l'ancrage des troubles au plus profond de la personnalité. Le manque de ressources personnelles, le caractère fixé de la pathologie, la difficulté à traiter l'anxiété et les conséquences de la pathologie sur la famille rendaient le pronostic défavorable.

ff) De l'ensemble des éléments rapportés ci-dessus, il ressort que le recourant présente un tableau clinique complexe sur le plan psychiatrique. Dans ce contexte, les avis rendus par la Clinique J. _____ et par le Centre d'Expertise Médicale B. _____ peinent à emporter la conviction, dès lors qu'ils ont été rendus à l'issue d'un seul entretien clinique et sans que les médecins concernés n'aient pris contact avec les médecins traitants du recourant. S'agissant de l'analyse effectuée par le Centre d'Expertise Médicale B. _____ sur le plan psychiatrique, on relèvera en particulier que les constatations cliniques sont relativement peu importantes, que l'aspect diagnostique ne fait pas l'objet d'un examen circonstancié et que le rapport ne contient aucune explication sur les raisons pour lesquelles le raisonnement retenu par le département de psychiatrie de l'Hôpital H. _____ ne pouvait être suivi.

En revanche, les conclusions auxquelles est parvenu le docteur A.A. _____ sont particulièrement convaincantes. En effet, celles-ci résultent d'une analyse complète de la situation, consécutive à six entretiens cliniques qui ont eu lieu entre le 21 juin 2017 et le 11 avril 2018, et reposent sur une anamnèse complète dressée sur la base des déclarations du recourant, des renseignements issus de l'ensemble des documents versés à la procédure et d'une hétéroanamnèse. En définitive, il convient de retenir que l'accident du 11 mars 2013 a décompensé un trouble de la personnalité présent de longue date, lequel est encore responsable à ce jour de l'incapacité de travail présentée par le recourant.

6. Cela étant précisé, il convient d'examiner la question de savoir si les atteintes à la santé présentées par le recourant sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident.

a) Eu égard à l'enchaînement des événements et à la survenance des troubles neuropsychologiques et psychiques à la suite de l'accident, il convient d'admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle. Même s'il ne fait aucun doute, à la lumière du dossier, que le recourant présente une fragilité psychologique et une prédisposition à décompenser psychiquement après un accident (cf. rapport du docteur G.G. _____ des 4 novembre 1999 et 14 décembre 2010 ; voir également le rapport d'expertise du docteur B.B. _____ du 14 juillet 2017, p. 10), la plupart des intervenants ont néanmoins reconnu que les troubles fonctionnels actuels étaient dus, du moins partiellement, au traumatisme subi en 2013, ce qui est suffisant pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle. A cet égard, le docteur A.A. _____ a clairement indiqué que l'accident avait décompensé un trouble de la personnalité présent de longue date et que ce trouble est encore responsable à ce jour de l'incapacité de travail présentée par le recourant.

b) En ce qui concerne la causalité adéquate, il y a lieu d'appliquer en l'espèce la jurisprudence relative au rapport de causalité entre un accident et des troubles psychiques, quand bien même le recourant a présenté et présente encore des lésions appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme cranio-cérébral (céphalées, vertiges, limitations neuropsychologiques). En effet, aussi bien le docteur B.B. _____ que le docteur A.A. _____ admettent que c'est la problématique psychique qui prédomine le tableau clinique et est à l'origine de l'incapacité de travail actuelle.

aa) 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, la jurisprudence classe les accidents en trois catégories, en

fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves.

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

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles physiques ;
- 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 les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa).

bb) L'accident – dont la gravité doit être appréciée d'un point de vue objectif, sans s'attacher à la manière dont la personne assurée a ressenti et assumé le choc traumatique (ATF 117 V 359 consid. 6a et la référence) – doit, compte tenu de son déroulement, être qualifié de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. Le choc subi à la tête a manifestement été brutal, dans la mesure où le recourant est tombé à terre, a, semble-t-il, perdu conscience durant un bref instant et a dû être amené à l'hôpital afin d'y subir une suture de son cuir chevelu. Les atteintes constatées n'ont toutefois pas justifié une hospitalisation, puisque le recourant a pu regagner son domicile le jour-même.

cc) Reste à examiner en second lieu les critères posés par la jurisprudence. Il convient en premier lieu de constater que l'accident n'a pas été particulièrement impressionnant ni dramatique et n'a pas entraîné de lésion physique particulière, si ce n'est une plaie du cuir chevelu. Quoiqu'en pense le recourant, il n'a subi aucune lésion grave et n'a pas fait l'objet d'un suivi médical intensif et régulier en raison d'une atteinte somatique objectivée qu'il aurait subie au cours de l'accident, étant précisé que les mesures d'instruction médicales et les simples contrôles chez le médecin ne sont pas considérés comme faisant partie du traitement médical (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Si l'évolution de l'état de santé du recourant a fait l'objet d'un suivi étroit (notamment auprès de la Clinique J. _____), c'est avant tout pour tenter de débloquer la situation et de mieux comprendre les raisons pour lesquels le recourant n'était pas en mesure de reprendre son travail. A la lumière des seules atteintes somatiques, on ne saurait par conséquent parler d'un traitement particulièrement long ni admettre non plus des difficultés au cours de la guérison ou des complications importantes du fait que l'évolution a été défavorable. Comme l'ont relevé la plupart des intervenants, ce sont des facteurs psychogènes, singulièrement le trouble de la personnalité dont souffre le recourant, qui ont joué un rôle prépondérant dans la persistance de l'incapacité de travail. Dans la mesure où aucun des critères objectifs développés par la jurisprudence n'est réalisé, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit être niée.

7. Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

8. a) Dès lors que la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite, le présent arrêt est rendu sans frais (cf. art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD).

b) Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents du 12 septembre 2014 est confirmée.

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

- Me Jacques Micheli, avocat (pour X. _____),
- Me Olivier Derivaz, avocat (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).

Le greffier :