

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juin 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Berthoud et Peter, assesseurs
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourant, représenté par Me Graa, à Lausanne.

et

P._____, à [...], intimé.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Le 10 juillet 2011, S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, employé en qualité de conseiller immobilier depuis le 1^{er} juillet 2011 auprès de W._____ Sàrl, a chuté dans sa baignoire, avec pour conséquences un traumatisme crânio-cérébral, une perte de connaissance d'une vingtaine de minutes et une amnésie circonstancielle. Lors de son hospitalisation du 10 au 14 juillet 2011, il a présenté trois à quatre vomissements, des nausées, une photophobie, des paresthésies du membre supérieur gauche et des céphalées localisées en zone rétro-orbitaire conformément au rapport de sortie du 15 août 2011 du Dr Y._____, spécialiste en chirurgie et du Dr V._____, médecin assistant. Le CT scan cérébral et cervical du 10 juillet 2011 a exclu une lésion traumatique intra-cérébrale ou cervicale et révélé une fracture non déplacée occipitale inférieure para-médiane gauche. Une atteinte au pied droit, sous la forme de douleurs de la face dorsale des métatarsiens, a également été évoquée. L'imagerie n'a pas révélé de lésion traumatique.

B. L'accident a été annoncé le 19 juillet 2011 à l'assurance accident de l'employeur, P._____ (ci-après : P._____ ou l'intimée).

Du rapport du 8 août 2011 du Dr T._____, spécialiste FMH en neurologie, consulté le 19 juillet 2011, il ressort que l'assuré s'est présenté le 16 juillet 2011 à l'hôpital, se plaignant de nausées, phonophobie, photophobie, nervosité, irritabilité, céphalées et tinnitus aigu prédominant à droite. Un nouveau CT scan cérébral avait été effectué et s'était avéré normal, excluant notamment un hématome sous-dural. Lors de la consultation, l'assuré a rapporté l'existence de céphalées diffuses plutôt tensionnelles, de nausées, de troubles de la concentration et d'une certaine irritabilité, de même qu'un léger ralentissement. Selon le Dr T._____, l'examen neurologique était rigoureusement physiologique. Il a conclu à un syndrome post-commotionnel.

En date du 19 août 2011, l'employeur a résilié le contrat de travail avec effet au 31 août 2011.

Le 3 octobre 2011, le Dr X._____, médecin traitant de l'assuré, a requis un examen neuropsychologique, son patient se plaignant d'irritabilité, d'importants troubles de mémoire à court terme, de difficultés de concentration, d'une fatigabilité importante, de troubles du sommeil et de céphalées frontales (P.15).

Selon le rapport d'examen neuropsychologique du 17 novembre 2011 signé de la Prof. N._____, cheffe du Service de Neuropsychologie et de Neuroréhabilitation du [...], de la psychologue adjointe D._____ et de la psychologue assistante F._____, l'assuré présentait un ralentissement modéré à sévère aux épreuves continues sous contrainte temporelle, des troubles sévères de la mémoire de travail et modérés de la mémoire antérograde verbale, une dysfonction exécutive modérée à sévère, des difficultés d'attention divisée, des plaintes de type post traumatique importantes et des signes possibles de la lignée anxio-dépressive. Le rapport mentionnait encore que l'amnésie circonstancielle et post-traumatique avait duré trois jours.

Le 6 décembre 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans un rapport d'IRM cérébrale du 19 janvier 2012, la Dresse B._____, spécialiste en radiologie, concluait à l'absence d'argument en faveur d'une lésion post-traumatique, en particulier dans les régions fronto-basales et temporo-polaires ddc (des deux côtés).

L'assuré a été suivi du 9 janvier 2012 au 3 juillet 2014 par le Dr K._____, neurologue auprès du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du [...], lequel a prescrit une prise en charge en neuropsychologie et établi plusieurs rapports, le dernier en date du 19 novembre 2014 (P. 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31,33, 34, 35, 36, 37,

40, 41,42, 44, 52). Dans son rapport du 4 juillet 2014 adressé au médecin traitant de l'assuré, ensuite d'une consultation du 3 juillet 2014, le Dr K._____ retenait le diagnostic de suivi après traumatisme cranio-cérébral et observait que l'évolution était toujours défavorable s'agissant des céphalées chroniques, à la fois céphalées de tension et migraines. Son patient était surtout gêné par les épisodes de céphalées de tension qui ne semblaient répondre de manière que partielle aux médicaments prescrits, au contraire des épisodes migraineux bien contrôlés par le traitement médicamenteux. Dans son rapport du 19 novembre 2014 à l'attention du médecin-conseil de l'intimée, le Dr K._____ indiquait ne pouvoir répondre à la question de savoir si des facteurs étrangers à l'accident avaient influencé le cours de la guérison du traumatisme cranio-cérébral. Il ne lui était pas possible d'affirmer que les troubles (troubles du moral, céphalées et troubles du comportement sous forme d'irritabilité) n'étaient pas la conséquence directe du traumatisme cranio-cérébral, faute de suivi psychiatrique, quand bien même il suspectait une autre cause. Il considérait que sans les troubles précités, son patient aurait pu retrouver une capacité de travail d'au moins 50 % avec un rendement satisfaisant.

Entre le 30 octobre 2012 et le 14 septembre 2015, l'assuré a bénéficié d'une prise en charge neurocomportementale sous la forme d'une intervention psychothérapeutique brève d'orientation cognitivo-comportementale à l'institut de [...] (P. 82).

Consulté dès le 26 août 2014, le Dr J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a adressé un premier rapport au médecin-conseil de l'intimée en date du 16 septembre 2014, dans lequel il posait le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral sur chute de sa hauteur le 10 juillet 2011, avec fracture occipitale paramédiane gauche non déplacée, troubles cognitifs (exécutifs, attentionnels, mnésiques, phasiques et ralentissement), troubles post-commotionnels (céphalées, vertiges, fatigue, hypotonie, irritabilité, nervosité, phonophobie, photophobie, intolérance à la foule et troubles de la concentration). Le Dr J._____ retenait une incapacité de travail totale.

Le 6 octobre 2014, l'assuré a été vu à la consultation du Centre [...]. Dans leur rapport du 10 octobre 2014, les Drs Q._____, médecin associé, et M._____, médecin assistant, retenaient le diagnostic principal d'insomnie chronique de type psycho-physiologique avec troubles de l'endormissement apparus après traumatisme cranio-cérébral, avec des mécanismes d'auto-entretien. Outre la prescription de différents conseils et médicaments, ces médecins ont proposé à l'assuré une thérapie cognitivo-comportementale. Dans un rapport ultérieur du 26 mars 2015, il sera précisé que malgré les règles d'hygiène et le traitement de mélatonine, l'assuré n'a pas ressenti de différence, les troubles d'endormissement persistant.

Une expertise neurologique a été ordonnée dans le cadre de la procédure en matière d'assurance invalidité et confiée au Dr G._____, spécialiste FMH en neurologie. Dans son rapport du 10 avril 2015, l'expert a relevé que lors de son examen clinique du 13 février 2015, l'assuré s'était révélé collaborant, adéquat, conscient de ses difficultés cognitives, ralenti, fatigable et hypomimique. Dit examen avait mis en évidence des troubles en mémoire antérograde épisodique verbale, dès la phase d'encodage, une altération des capacités attentionnelles se manifestant par une baisse de rendement, un ralentissement marqué ainsi qu'une fluctuation attentionnelle, une dysfonction exécutive, caractérisée par un manque d'incitation non verbale ainsi que des difficultés en mémoire de travail (calcul oral), des difficultés en expression écrite (erreurs grammaticales et phonologiquement plausible), ainsi que des plaintes post-traumatiques importantes. Le reste des fonctions cognitives investiguées était globalement préservé. L'expert a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome de passivité et d'anhédonie avec troubles attentionnels mnésiques exécutifs apparus sans base organique neurologique (examen clinique et imagerie) après un traumatisme cranio-cérébral. Il considérait comme non incapacitants les céphalées de même que le status après fracture du crâne. Il n'existait aucun signe focal tant sur le plan neurologique que sur le plan cognitif à même d'expliquer les troubles incapacitants, les examens effectués n'ayant pas révélé d'anomalie organique neurologique. Un examen

cérébral supplémentaire sous la forme d'une IRM Tesla 3 réalisée en date du 18 février 2015 avait démontré la parfaite intégrité du parenchyme cérébral ainsi que des structures ventriculaires et vasculaires. L'expert ne retenait aucune limitation physique neurologique et considérait que la passivité comportementale et la dysfonction cognitive étaient également responsables d'un certain degré de désinsertion sociale. L'absence d'état dépressif exprimé sous forme d'une tristesse contribuait significativement au tableau neurocomportemental de passivité. Cette passivité, l'absence d'initiatives, les troubles mnésiques, attentionnels-exécutifs, entraînaient une incapacité totale de travail, la reprise d'une activité professionnelle paraissant impossible en l'état. L'expert recommandait une prise en charge neuropsychiatrique comportementale associée à un traitement de type Fluoxétine, notamment en raison de l'absence de lésions organiques à même d'expliquer le tableau clinique. Il lui était difficile de prévoir l'influence des mesures préconisées sur la capacité de travail mais il considérait qu'en l'absence d'atteinte neurologique organique détectable, il était impératif d'envisager ce type de prise en charge, le cas échéant par une hospitalisation en milieu psychiatrique.

L'intimée a mis en œuvre une expertise psychiatrique et mandaté à cet effet le Dr H. _____ (P.84). Dans son rapport du 19 novembre 2015, l'expert a retenu les diagnostics, sur la base du Manuel diagnostique des Troubles mentaux (DSM-IV-TR), de dysthymie, syndrome post-commotionnel et personnalité avec des traits limites sur un versant narcissique, tous trois sans répercussion sur la capacité de travail, et a écarté le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Après avoir exclu la réalisation des critères d'un épisode dépressif, l'expert a exposé ce qui suit :

« En effet, M. S. _____ peut s'investir non seulement dans ses loisirs (vélo, course à pied, télévision, matches de foot, ordinateur), mais aussi dans la relation avec ses enfants, assumant d'ailleurs les repas de midi qu'il prend avec sa fille. On ne relève pas de sentiments de culpabilité, de pensées récurrentes de mort. On ne relève pas non plus de modification de l'appétit avec des variations conséquentes de poids. Il est évoqué parfois des difficultés de concentration, ainsi que des troubles du sommeil. Tout au plus, des signes de dépression atypique — tels qu'ils ont été évoqués dans le

passé — peuvent être retenus, qui tout au plus pourraient valoir pour une dysthymie.

Les plaintes de l'assuré sont en discordances avec sa présentation. M. S._____ paraît très moyennement collaborant, se montre très peu précis sur certains sujets, à savoir sa relation de couple. Il ne mentionne pas de séparation conjugale en 2014, telle qu'il a été relevé par le Dr K._____. L'assuré n'entend pas donner de renseignements très précis à cet égard. D'autre part, les raisons de ses changements multiples d'emploi sont souvent esquivées, au motif de clause de confidentialité, comme pour son dernier poste au P._____.

Au vu de cette situation tout de même particulière, le soussigné souligne qu'il a voulu être particulièrement attentif à une éventuelle majoration de la symptomatologie psychiatrique.

M. S._____ n'est pas ralenti durant l'entretien. Il est plutôt globalement assez souriant. L'assuré déclare dans un premier temps ne pas pouvoir donner les dates en raison de ses migraines. Inciter par l'expert à se montrer plus participatif, cette fois-ci, les troubles mnésiques ne sont manifestement plus majeurs et M. S._____ peut donner des renseignements très précis. On n'observe d'ailleurs aucune fatigabilité ou baisse de la performance au terme d'un entretien particulièrement long, ce qui est à priori en discordance avec ses allégations de troubles cognitifs. Lorsque l'on est confronté à un assuré qui à un moment allègue des troubles mnésiques et cognitifs majeurs et qui démontre instantanément le contraire lorsqu'il est confronté à ses incohérences — on peut alors parler de réversibilité des symptômes - l'expert estime que l'on peut faire l'hypothèse que des facteurs qui sortent du champ médical jouent un rôle non négligeable. A ce titre ce type de comportement dans le cas qui nous occupe peut expliquer des différences d'appréciations entre le médecin traitant et le médecin expert le premier faisant le plus souvent le postulat de sincérité de son patient ce que l'on ne saurait lui reprocher. »

En présence d'une légère commotion cérébrale ayant évolué sans séquelles objectives, l'expert a retenu que le ralentissement, l'apathie, l'irritabilité ainsi que la baisse des fonctions cognitives et intellectuelles pouvaient être expliqués par des éléments purement affectifs. Il a considéré que la réversibilité des symptômes montrait que des facteurs sortant du champ médical jouaient un rôle important dans l'incapacité de travail, en l'occurrence motivée pour l'essentiel par l'irritabilité, les troubles de la concentration, la fatigabilité importante ainsi que les problèmes de mémoire à court terme. L'expert a souligné que l'assuré avait des journées actuellement très bien remplies, assumant toutes les tâches ménagères, faisant du sport, regardant la télévision, autrement dit qu'il disposait de bon nombre de compétences et de dynamisme dans les activités qui lui étaient agréables, alors que les

symptômes précités revenaient au premier plan lorsqu'il s'agissait d'envisager une reprise quelconque d'une activité professionnelle. Dans ce cas, selon l'expert, il pouvait être évoqué la finalité des symptômes.

En relation avec le diagnostic de personnalité avec des traits limites sur un versant narcissique, l'expert a observé qu'il pouvait être assimilé à un état antérieur à l'accident. Il a qualifié d'important le rôle joué par le fonctionnement de la personnalité dans l'évolution subjectivement lente et dans l'identification à un rôle de malade, tout comme dans la mise en échec de toutes propositions constructives allant dans le sens de la reprise du travail. Il a relevé, s'agissant d'échecs professionnels multiples, que l'importance des bénéfiques secondaires n'était pas à négliger. L'assuré semblait avoir inconsciemment, ou consciemment, trouvé une porte de sortie honorable à travers des conséquences subjectives des suites de l'accident. En conclusion de sa discussion, l'expert a retenu notamment ce qui suit:

« Les troubles présentés par l'assuré ne sont pas en rapport de causalité naturelle avec l'événement accidentel incriminé et ceci, en comptant de manière très large, au plus tard après 12 mois, soit le 10 juillet 2012. Par la suite, ce sont des éléments plutôt subjectifs qui sont au premier plan. De notre point de vue, ils ne devraient pas être considérés comme incapacitants.

(...)

Au niveau médical, il n'y a pas d'indication stricte pour une prise en charge psychiatrique. D'ailleurs, l'assuré n'a aucune demande en ce sens. Il a interrompu de lui-même ses traitements psychotropes, si tant est que la bonne observance ait pu être démontrée ».

Par décision du 26 novembre 2015, P._____ a admis un rapport de causalité entre l'accident et les troubles persistants jusqu'au 13 février 2015, date de l'examen par l'expert neurologue (statu quo sine).

Dans un courrier du 17 décembre 2015, le Dr J._____ a adressé au conseil de l'assuré ses commentaires sur les expertises neurologique et psychiatrique (87a). Il en ressort notamment que :

« Dans son expertise neurologique, le Prof G._____ retient comme diagnostic un syndrome de passivité et anhédonie avec troubles cognitifs apparus sans base organique neurologique après un traumatisme crânio-cérébral (TCC). L'origine organique (lésion

cérébrale) est écartée sur la base d'une IRM cérébrale ne démontrant pas de lésion, d'un examen neurologique décrit comme normal et ne montrant en particulier pas de lésion focale.

Or, en présence de troubles cognitifs reconnus (cf. diagnostic ci-dessus), il paraît difficile de parler d'un examen neurologique « normal », les capacités cognitives faisant partie de la fonction cérébrale. De plus, l'absence de lésion cérébrale visible sur une IRM cérébrale, faite qui plus est à distance du traumatisme, ne suffisent pas à écarter formellement toute lésion organique cérébrale post TCC léger. En effet, en cas de TCC léger, les troubles cognitifs et post-commotionnels sont dans la grande majorité dus à des lésions axonales diffuses. Celles-ci ne donnent souvent pas lieu à des signes neurologiques focaux (les lésions étant justement diffuses) et passent inaperçues sur l'IRM cérébrale dans au moins 10-20% des cas. L'expert se prononce d'ailleurs au conditionnel pour « exclure » une origine organique : « (...) *bien que le tableau neurocomportemental ne paraisse pas avoir une origine organique lésionnelle post-traumatique* » (B.2.1).

Les troubles cognitifs étant admis par l'expert, leur origine est sujette à discussion, notamment quant à leur étiologie. Celle-ci peut être soit organique (lésion cérébrale), soit fonctionnelle (psychogène, toxique, médicamenteuse), soit être l'expression d'une simulation. Or, aucun des experts - ni des autres médecins ou neuropsychologues ayant évalué le patient - n'évoque une possible simulation. Au contraire, il est plutôt relevé une bonne collaboration de M. S._____ aux divers examens et tous les bilans neuropsychologiques mettent en évidence un tableau déficitaire tout-à-fait reproductible.

Reste donc la possibilité d'une origine organique non visualisée sur l'IRM cérébrale versus une origine fonctionnelle. Concernant cette dernière possibilité, au vu des bilans sanguins effectués, des modifications médicamenteuses et de la médication actuelle, dans un contexte encore une fois de tableau stable, les pistes toxiques ou médicamenteuses peuvent être écartées. L'origine fonctionnelle se résumerait ainsi en une cause psychogène.

Pour sa part, l'expert neurologue pencherait pour une origine psychogène, leur reconnaissant ici un caractère invalidant.

Dans son expertise psychiatrique, le Dr H._____ retient comme diagnostics une dysthymie, un syndrome post-commotionnel, et une personnalité avec traits limites sur un versant narcissique ; tous ces diagnostics étant estimés sans répercussion sur la capacité de travail.

Le Dr H._____ retient actuellement une altération des fonctions cognitives et de l'humeur sur fond d'un trouble de la personnalité et d'une dysthymie, estimant que « *rien dans l'investigation ne permet de conclure à de véritables troubles neuropsychologiques* » (5.2.3) et que le syndrome post-commotionnel actuel est uniquement subjectif, car reposant « *sur la seule base des allégations de l'assuré* » (5.5). Cet expert base son appréciation notamment sur le fait qu'il ne constate pas de trouble cognitif durant son « très long entretien » (p 27 ; 3.3).

Dans la mesure où cet entretien ne semble avoir duré qu'une heure, il me paraît difficile d'extrapoler et d'en déduire que les capacités cognitives de M. S._____ sont préservées, alors que ce dernier déclare justement avoir de la peine à effectuer une activité au-delà d'une heure de temps. De plus, l'examen neuropsychologique plus détaillé et plus long effectué à l'occasion de l'expertise neurologique du 13.02.2015 relève un ralentissement, une fatigabilité, des troubles mnésiques antérogrades, attentionnels, exécutifs, du langage (possiblement liées à l'origine portugaise du patient), outre d'importantes plaintes post-traumatiques. Ces mêmes observations se retrouvent dans les précédents bilans neuropsychologiques effectués.

En suggérant l'absence de troubles cognitifs véritables, le Dr H._____ va en outre à l'encontre non seulement des divers bilans (correspondant à des mesures objectives) et appréciations neuropsychologiques, mais également contre sa propre appréciation, puisqu'il reconnaît dans les diagnostics la présence d'un syndrome post-commotionnel. Celui-ci est difficile à retenir sans incriminer des lésions cérébrales, puisqu'apparaissant directement à la suite d'un TCC et le plus souvent indépendamment d'un état de stress post-traumatique ou d'une autre affection psychiatrique. L'on s'interroge par conséquent comment le Dr H._____ reconnaît d'un côté implicitement des lésions cérébrales en retenant le diagnostic de syndrome post commotionnel, et d'un autre côté les met en doute.

Par ailleurs, même s'il devait concevoir la possibilité de souffrir d'un syndrome post-commotionnel sans lésion cérébrale, l'on peine à comprendre pourquoi ce diagnostic, retenu initialement chez M. S._____ — en accord avec les appréciations des Drs J. T._____, Prof N._____ et Dr R. J._____ —, n'est actuellement plus retenu comme significatif, alors même que le tableau cognitif actuel reste superposable au tableau initial, tant sur le plan comportemental que cognitif. L'on peine aussi à comprendre comment le Dr H._____ admet une dimension invalidante au syndrome post-commotionnel initial (jusqu'au 10.07.2012 !), alors qu'il ne le lui reconnaît plus dès le 11.07.2012, quand bien même les troubles restent identiques depuis l'accident.

En outre, tout en reconnaissant que le patient ne présentait pas de tels troubles avant son accident (6.6), que les troubles manifestés, ainsi que les constatations objectives sont en relation de causalité probable avec l'événement accidentel du 10.07.2011 (9.6), et que le statu quo ante ne sera probablement jamais atteint, le Dr H._____ dit ne pas pouvoir exclure que des difficultés psychologiques et/ou une succession d'échecs professionnels soient apparues entre-temps, pour atteindre un statu quo sine au plus tard au 10.07.2012.

Cette appréciation est une pure spéculation, car rien ne permet d'affirmer que le patient serait dans cet état maintenant ou en juillet 2012, sans son accident de 2011. Le Dr H._____ demeure dans les spéculations en supposant encore la possibilité (« probable » ?) de bénéfices secondaires (9.5).

Cette spéculation ne paraît du moins pas plus vraisemblable que l'appréciation selon laquelle M. S._____ continue à souffrir du même syndrome post-commotionnel que celui diagnostiqué et reconnu à la suite de son TCC, ce qui correspond par ailleurs à une évolution courante dans le syndrome post-commotionnel après TCC léger.

Enfin, tout en ne retenant aucune limitation sur le plan neurologique, Le Prof G._____ estime une reprise professionnelle impossible actuellement au vu des troubles comportementaux (passivité, anhédonie) et cognitifs. Attribuant ces troubles à une affection psychiatrique, il suggère une évaluation et un traitement psychiatriques. Le Dr H._____, quant à lui, estime les troubles cognitifs et comportements lié à une dysthymie, sans répercussion sur la capacité de travail.

Ces deux expertises regroupées posent ainsi un double problème :

a) M. S._____ présente des troubles cognitifs et comportementaux depuis son accident du 10.07.2011. Ceux-ci ont été objectivés et retenus cohérents et reproductibles à travers tous les bilans neuropsychologiques effectués à ce jour, sans qu'aucun neuropsychologue ou médecin n'ai évoqué ou retenu des arguments pouvant suggérer une simulation. Pour les expliquer, restent deux étiologies possibles : une origine psychiatrique ou une origine organique. Or, aucun diagnostic psychiatrique ayant valeur d'incapacité n'est retenu par l'expert psychiatre, et aucun diagnostic organique ayant valeur d'incapacité n'est retenu par l'expert neurologue. L'on se retrouve donc avec des troubles cognitifs, pour lesquels les experts n'arrivent pas à se mettre d'accord quant à l'étiologie. Il y a donc une erreur quelque part, puisque ces déficits cognitifs avérés proviennent bien d'une affection médicale.

b) De plus, ces troubles cognitifs, de par leur importance, sont invalidants, ce qui correspond à l'appréciation de l'expert neurologue. En revanche, l'on peut se questionner comment des troubles cognitifs s'expliqueraient par un trouble de la personnalité préexistant qui n'a jusqu'ici jamais été invalidant, ou comment les déficits engendrés par ces troubles cognitifs disparaîtraient simplement par le fait d'être taxés de « dysthymie ». Si une affection est en mesure d'altérer les capacités cognitives d'un sujet, il est incohérent qu'aucun diagnostic médical ne puisse être retenu.

De fait, les troubles cognitifs et comportementaux de M. S._____ ont été diagnostiqués comme faisant partie d'un syndrome post-commotionnel. Ces troubles ont persisté jusqu'à ce jour, de façon toujours aussi invalidante. Ce syndrome, présent ici sans lésion cérébrale objectivable, peine à être reconnu maintenant comme tel (par l'expert neurologue) ou invalidant (par l'expert psychiatre), alors que la littérature scientifique même la plus « réticente » à reconnaître la persistance de ce syndrome au long cours, admet

qu'au moins 10-20% des patients avec TCC léger souffrent des séquelles à long terme de ce syndrome. Ce taux peut aller jusqu'à 70%, même au-delà de 5 ans d'évolution, toujours selon la littérature médicale.

Selon mon appréciation, M. S._____ présente un tableau typique de syndrome post-commotionnel, cohérent avec ses déficits cognitifs, les diagnostics posés initialement, les éléments objectifs retenus par les deux experts, mais non avec leurs appréciations respectives.

Comme rappelé par le P._____ dans son courrier du 26.11.2015, « *selon la jurisprudence, lorsqu'un état préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou qu'il rejoint celui qu'il serait devenu tôt ou tard même sans l'accident par suite de l'évolution ordinaire (statu quo sine) ».*

Or, même si l'on devait reconnaître à M. S._____ des troubles de la personnalité, rien ne permet d'assumer que son état de santé actuel correspond au statu quo sine. En outre, son état de santé consécutivement à son accident n'a clairement pas atteint le statu quo ante. Les potentielles causes extérieures à l'accident jouant ici un rôle dans l'évolution chronique ne sont que supposées, alors que la persistance d'un syndrome post-commotionnel au-delà de 5 ans post TCC léger, de même que la réalité de lésions axonales diffuses en l'absence de lésions objectivées dans les examens radiologiques, sont des éléments et évolutions reconnues dans la littérature médicale. »

Le 23 décembre 2015, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision de P._____, se fondant notamment sur le rapport du Dr J._____ du 17 décembre 2015 pour conclure à la permanence du lien de causalité entre l'accident et les troubles actuels et à l'obligation de prester de l'intimée.

Dans un courrier du 14 janvier 2016 à l'OAI, l'expert G._____ a pris position sur l'appréciation du Dr J._____ du 17 décembre 2015 (P. 90) dans le sens suivant :

« Je n'ai pas eu accès à l'expertise psychiatrique du Docteur H._____, et le Docteur J._____ estime qu'il y a une contradiction entre mes conclusions et celles du Docteur H._____. Sur la base des éléments cités par le Docteur J._____ dans sa lettre du 17 décembre, je ne suis pas persuadé qu'une contradiction existe, cependant, dans la mesure où l'avis commun paraît être l'absence

de lésion cérébrale organique suffisante pour expliquer les troubles neurocomportementaux.

Il est par ailleurs inexact de prétendre que nous avons décrit un tableau neurologique normal, puisque si le bilan neurologique de base était en effet normal, le bilan cognitif ne l'était pas, et constitue, comme mentionné sous le point 4.1 de l'expertise une répercussion significative sur la capacité de travail. Cela-dit, comme pour la constatation d'un déficit dans tout domaine neurologique, la présence des troubles cognitifs ne présume pas spécifiquement de leur origine organique **ou** non organique. Il est ici exact que nous n'avons pas trouvé de cause organique détectable à l'origine du tableau neurocomportemental. L'anamnèse d'un « syndrome post-commotionnel » n'est évidemment pas un argument en faveur d'une cause organique ou psychogène, puisque les deux situations peuvent se produire. Il est d'ailleurs surprenant que dans le suivi du patient, il n'y ait jamais eu d'IRM cérébrale effectuée, précisément si l'on pensait à la possibilité d'une atteinte organique.... Notre examen IRM **3** Tesla, parfaitement normal (expertisé par le Docteur Z. _____, FMH en neuroradiologie) permet d'exclure des lésions axonales diffuses, lesquelles sont facilement détectables au moins partiellement sur ce type d'examen lorsqu'elles sont significatives. D'autre part, la nature du traumatisme avec chute de sa hauteur dans une baignoire rend très peu vraisemblable l'existence de lésions axonales diffuses, qui sont dues à d'importants traumatismes d'accélération-décélération et non à ce type de choc ».

Le 23 février 2016, l'expert neurologue s'est également prononcé, à la demande de l'intimée, sur l'expertise psychiatrique (P.93). Il a observé que le rapport d'expertise n'entraînait pas de modification des conclusions principales de son propre rapport du 10 avril 2015, sous réserve du constat de l'absence d'une pathologie psychiatrique expliquant l'incapacité de travail, celle-ci paraissant déterminée par les traits de personnalité du patient, puisqu'il n'existait ni séquelle neurologique détectable, ni affection psychiatrique sous-jacente.

Du rapport du Dr J. _____ du 6 avril 2016 produit par l'assuré dans le dossier AI, il ressort que l'expérience et les études scientifiques montrent que la survenance de lésions axonales diffuses ne nécessite pas que le corps soit en mouvement à haute vitesse, ni de grand choc à la tête. Ce médecin estimerait plutôt miraculeux qu'il n'y ait pas de lésions axonales diffuses en présence d'un traumatisme crânio-cérébral avec fracture du crâne, perte de connaissance de 20 minutes et amnésie post-traumatique de 3 jours. Selon lui, devant des troubles cognitifs apparus dans les suites immédiates d'un TCC, à l'occasion du traumatisme précité,

suivi d'une clinique typique de syndrome post-commotionnel, et en l'absence d'une psychopathologie, la probabilité de lésions axonales diffuses paraissait tellement forte, sinon évidente, que la description en contrepartie d'une imagerie cérébrale normale ne faisait pas le poids, qui plus est quand étaient connues les limites d'un tel examen sur ce plan.

Se référant à l'avis du Dr J._____ du 6 avril 2016, l'assuré a maintenu son opposition.

Par décision sur opposition du 18 mai 2016, l'intimée a retenu que la seule constatation de troubles neuropsychologiques ne suffisait pas pour établir la présence d'une atteinte organique, ni donc la relation de causalité naturelle au moins probable entre ces troubles et l'accident du 10 juillet 2011. Considérant par ailleurs que les critères jurisprudentiels en matière de causalité adéquate n'étaient pas remplis, elle a confirmé le refus de prise en charge des troubles cérébraux à partir du 14 février 2015.

C. Par acte du 23 juin 2016, S._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme dans le sens d'une allocation des prestations de l'assurance-accident, notamment les indemnités journalières et les frais de traitement, au-delà du 13 février 2015. Il fait valoir l'existence d'une causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les troubles présents de manière continue depuis lors. Il se fonde en cela sur les rapports du Dr J._____, lesquels, compte tenu de leur motivation et leurs références à la littérature scientifique, ne permettent pas selon lui de conférer pleine valeur probante aux rapports des Drs G._____ et H._____. Il observe par ailleurs que les rapports de ces derniers n'ont pas valeur d'expertise judiciaire, faute de procédure conforme à l'art. 44 LPGA, et que l'appréciation du Dr H._____ est partielle et orientée. Subsidiairement, dans l'hypothèse où il était conclu à l'absence de déficit organique, le lien de causalité adéquate devait néanmoins être retenu car, en présence d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves, six des sept critères jurisprudentiels étaient réalisés.

Dans sa réponse du 16 août 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle rappelle que les investigations médicales n'ont objectivé aucune lésion cérébrale et observe que le diagnostic de lésions axonales diffuses est posé a contrario. Selon l'intimée, l'instruction est complète, une valeur probante doit être conférée au rapport du Dr G._____, les troubles actuels de l'assuré s'expliquent par l'existence de traits de personnalité et la relation de causalité naturelle entre l'accident et les troubles subsistants au-delà du 13 février 2015 n'est pas établie à satisfaction de droit au vu des expertises. Elle considère au demeurant que cette question peut demeurer ouverte, le lien de causalité adéquate ne pouvant être retenu sur la base de la jurisprudence relative aux TCC n'entraînant pas de déficit organique objectivable. Sur ce point, elle soutient que l'accident doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, le nombre de critères suffisants n'étant pas atteint et aucun d'entre eux ne revêtant seul, ou conjointement, une intensité particulière.

Répliquant le 6 septembre 2016, le recourant se réfère à l'appréciation du Dr J._____ pour considérer qu'elle revêt une valeur probante prépondérante, à tout le moins éveille des doutes sur les appréciations des médecins mandatés par l'assurance, ce qui justifierait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Par ailleurs, le Dr H._____ s'est livré à une appréciation juridique, en l'occurrence en se prononçant sur le lien de causalité entre l'accident et les troubles. Il a ainsi outrepassé son mandat. En relation avec le lien de causalité adéquate, le recourant développe des arguments complémentaires s'agissant des circonstances de l'accident, de la gravité de l'atteinte, de la longueur du traitement, listant sur ce point ses médicaments, les difficultés en cours de guérison, la persistance des douleurs et les efforts consentis en vue d'une reprise du travail. Il requiert également l'audition du Dr J._____.

A l'appui de sa duplique du 29 septembre 2016, l'intimée produit un rapport d'expertise neurologique du Dr G._____ du 18 août 2016 à l'attention de l'OAI, se référant notamment à une angio-IRM

cérébrale du 15 août 2016. Son auteur, le Dr Z._____, concluait à un examen dans les limites de la norme compte tenu de l'âge, sans lésion intra-axiale ou extra-axiale et à une tractographie sans lésion neuronale majeure visible. L'intimée observe qu'un diagnostic déduit ou retenu a contrario n'est pas scientifiquement fiable et que si le fait que 10 à 20% des IRM ne révèlent pas les lésions axonales diffuses, il ne saurait cependant autoriser de retenir un tel diagnostic comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Le Dr H._____ s'était par ailleurs déterminé sur la causalité naturelle, répondant en cela à une question posée dans le cadre de l'expertise. L'intimée requiert l'audition des Drs H._____ et G._____ et arguant du rôle important de la personnalité du recourant dans les troubles, maintient ses conclusions et déterminations antérieures. Il ressort du rapport d'expertise précité notamment ce qui suit :

« 2. Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé.

Sur le plan des constatations on peut résumer le tableau actuel avec une hypoesthésie suggestive droite, sans substrat organique détectable, des troubles cognitifs avec ralentissement, troubles attentionnels dysexécutifs étant globalement similaires à ceux objectivés en 2015. Cependant, nous avons à cette époque pas effectué d'épreuve sensible aux surcharges alors que cette fois-ci ces tests montrent clairement les performances en-dessous des capacités réelles, avec un effort cognitif sub-optimal par auto-limitation.

Par ailleurs vues les controverses en présence, nous avons jugé bon de répéter l'IRM cérébrale, mais cette fois-ci en utilisant également une nouvelle technique sensible aux lésions traumatiques axonales (qui avaient été notamment évoquées par le Dr J._____), sous forme d'une tractographie, ce test ne démontrant aucune anomalie de l'anisotropie fractionnelle, sans signe donc pour une discontinuité significative des fibres cérébrales qui auraient pu témoigner de lésions traumatiques sous-jacentes.

4. Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires, et de leur ampleur.

Nous n'avons pas mis en évidence d'exagération consciente ou de simulation, mais comme signalé précédemment, les tests sensibles aux éléments de surcharge (non réalisés en 2015) montrent un effort cognitif sub-optimal par autolimitation, parlant pour une surcharge psychogène claire. Cette trouvaille n'est pas en contradiction avec l'absence de pathologie psychiatrique relevée par le Dr H._____, mais s'inscrit dans le cadre des éléments de personnalité qu'il a lui-même cités. »

Dans ses déterminations du 9 mars 2017, le recourant observe en premier lieu que l'auteur du rapport IRM du 15 août 2016 mentionne ne pouvoir se prononcer que sur d'éventuelles lésions axonales diffuses majeures. Il estime que le diagnostic posé par le Dr J. _____ est fondé et motivé scientifiquement. Il produit une nouvelle appréciation du Dr J. _____ du 8 septembre 2016, à laquelle il renvoie pour soutenir que les doutes et incohérences relevés par ce médecin, relatifs aux expertises, impliquent que soit suivie son appréciation, laquelle revêt une valeur probante prépondérante. Dans son écrit, le Dr J. _____ considère notamment que l'interprétation du test de collaboration reflète un certain manque d'objectivité dans la mesure où l'autolimitation potentiellement suggérée par le test devient subitement un fait établi.

Le dossier AI du recourant a été versé dans la présente cause le 10 avril 2017.

Outre les documents médicaux déjà cités, le dossier AI comporte une expertise bidisciplinaire du [...] du 17 février 2017, signée des Drs R. _____, psychiatre, et I. _____, neurologue. Les experts ont posé le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral avec fracture occipitale non déplacée, sans lésion cérébrale, avec syndrome post-commotionnel, considérant cette atteinte incapacitante du 10 juillet 2011 au 19 octobre 2012, cette date correspondant à celle d'un rapport du Dr K. _____. Ils ont également retenu les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de majoration de symptômes physiques (mentaux dans ce cas) pour des raisons psychologiques, depuis l'automne 2012, ainsi que de céphalées mixtes, depuis au moins 2014. Les experts ont discuté de la situation actuelle et posé leurs conclusions comme suit :

« *Situation actuelle et conclusions*

Sur le plan neurologique, Monsieur S. _____ est un assuré en bonne santé habituelle, sans antécédent neurologique hormis d'occasionnelles céphalées dont la description reste vague et ne remplit pas spécifiquement les critères de migraines, qui a présenté une chute accidentelle dans sa baignoire le 10.07.2011, entraînant un traumatisme cranio-cérébral avec une perte de connaissance mal documentée.

Une fracture occipitale non déplacée a été mise en évidence au bilan par imagerie (scanner), réalisé le 10 et le 16.07.2011 à l'hôpital [...], où l'assuré a été placé en observation du 10 au 14.07.2011.

Aucune lésion cérébrale n'a été mise en évidence lors des scanners cérébraux ni par l'IRM cérébrale réalisée dans le cadre d'une première expertise le 18.02.2015 à la clinique [...], et lors d'une seconde IRM cérébrale avec séquences angiographiques et tractographie, réalisée le 15.08.2016 et revue lors de notre expertise.

L'assuré a développé dans les suites immédiates de la chute un tableau mêlant sensibilité au bruit et à la lumière, céphalées, irritabilité, plainte attentionnelle, qui correspond bien à un syndrome post-commotionnel.

Ces symptômes n'ont que peu évolué et se sont cristallisés jusqu'à ce jour. L'assuré mentionne en effet une irritabilité, une très grande sensibilité à l'agitation extérieure, des troubles de concentration, des troubles du sommeil.

Il décrit également des céphalées qui, depuis au moins deux ans d'après les éléments du dossier, l'assuré étant peu collaborant sur ce point, ont pris un aspect partiellement migraineux, avec des céphalées sous forme d'hémicrânie droite parfois pulsatile d'une durée de plusieurs heures, avec une réponse inconstante aux triptans.

Sur le plan neuropsychologique, la première évaluation très complète de 03.2012 réalisée dans le service de neuropsychologie du [...] est décrite comme étant dans les limites de la norme.

Seul un ralentissement en condition Stroop pour les épreuves continues et un empan indirect faible sont relevés. En particulier, les épreuves mnésiques se sont normalisées, et les épreuves d'attention informatisées (TAP) sont dans les limites de la norme.

Les évaluations successives réalisées par la suite montreront une aggravation progressive du tableau, avec troubles attentionnels d'aggravation progressive, atteinte de la flexibilité et de la vitesse de traitement, apparition et aggravation de troubles exécutifs et apparition et aggravation progressive d'une atteinte de la mémoire épisodique.

Cette dernière aggravation est particulièrement nettement documentée dans la dernière évaluation neuropsychologique réalisée dans le cadre de la deuxième expertise neurologique réalisée par le Pr G. _____ le 18.08.2016.

Lors de cette dernière évaluation, il apparaît cependant clairement des signes de majoration, avec des discordances, attestés par un résultat pathologique à une épreuve de validation (Tomm), qui rend ininterprétables les résultats pathologiques obtenus dans les différentes épreuves et en particulier mnésiques.

Il existe également bien évidemment des discordances entre la sévérité des troubles mentionnés dans ces évaluations

neuropsychologiques, ou constatés lors de l'évaluation mentale réalisée dans le cadre de notre expertise, et la poursuite de certaines activités du quotidien, apparemment sans difficulté, telles que la conduite automobile, la création de pages Internet ou la consultation d'emails.

Par ailleurs, en plus d'un comportement démonstratif, quelques discordances cliniques ont été également constatées lors de l'évaluation neurologique réalisée dans le cadre de cette expertise.

Dans ses expertises du 10.04.2015 et 18.08.2016, notre confrère le Dr G. _____ reste purement descriptif. Le syndrome de passivité et anhédonie avec troubles neuropsychologique ne correspond ni à une entité neuropsychologique ni à un diagnostic neurologique.

Par conséquent, sur le plan neurologique, seul le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral avec syndrome post-commotionnel sans lésion cérébrale peut être retenu. Seule une incapacité de travail limitée dans le temps, comme en atteste le rapport du Dr K. _____ du 19.10.2012, peut être reconnue dans le cadre de ce diagnostic.

A ce jour, il existe une plainte attentionnelle, et si des troubles neuropsychologiques attentionnels, exécutifs et mnésiques sont attestés par les différentes évaluations neuropsychologiques pratiquées, aucune origine neurologique ne peut être retenue.

Par ailleurs, il existe d'évidents éléments de majoration rendant l'évaluation réelle de ces troubles impossible.

Enfin, l'assuré atteste de céphalées chroniques, avec un caractère partiellement migraineux.

Il est peu collaborant dans la description de la fréquence des accès douloureux.

Le diagnostic de céphalées mixtes, migraineuses et tensionnelles, peut être retenu.

L'adhésion aux traitements de fond essayés (bêtabloquants, traitement antidépresseur), ne peut être jugée dans cette expertise. Il manque par ailleurs un essai par antidépresseur tricyclique ou Duloxetine.

Il est étonnant que ces différents traitements aient été souvent utilisés sur de très courtes périodes.

Sur le plan psychique l'expertisé se plaint d'une grande irritabilité et de troubles de la concentration qu'il attribue au traumatisme crânio-cérébral occasionné par son accident du 10 juillet 2011. Sans ressentir d'humeur dépressive, il a moins de libido, son sommeil est perturbé, et il se sent fatigué.

Avant son accident, il était un homme agréable et sympathique. Il s'entendait avec tout le monde, était sociable et apprécié par autrui. Il aimait la vie. Il avait une bonne estime de lui-même et

confiance en lui. Il n'avait aucun problème avec qui que ce soit ni dans sa vie professionnelle ni dans sa vie privée. Il n'aurait rien aimé changer dans son caractère. Depuis son accident, il est devenu plus irritable, il est énervé en permanence. Sa femme lui dit qu'elle ne reconnaît plus depuis l'accident l'homme qu'elle a épousé. Il a également beaucoup plus de difficultés à planifier, car son état change de jour en jour et il ne peut pas prévoir comment il se sentira d'ici quelques jours. Il est à noter qu'il a changé d'emploi fréquemment durant sa vie professionnelle, mais il réfute avoir eu de problème relationnel. Il n'a aucune habitude toxique.

La description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes et nous apprend qu'il reste relativement actif selon ses possibilités physiques : fait un peu d'ordinateur, lit, regarde la télévision, aide un peu pour le ménage, fait de petites courses, conduit au maximum 30 km une dizaine de fois par mois. Il délègue les tâches administratives à son épouse depuis l'accident. Il n'est pas replié socialement, même si la fréquence des contacts sociaux reste faible.

L'examen psychiatrique montre un homme soigné, euthymique. Aucun signe des lignées psychotique ou anxieuse n'est constaté. Il est décrit comme moyennement collaborant et légèrement majorant par l'expert neurologue. Il nous paraît plutôt démonstratif et plaintif. Après une heure d'entretien (notre entretien dure une heure et demie en tout), il prend un comprimé de Maxalt, car il a mal à la tête. Il montre des signes de fatigue vers la fin de notre entretien. Il ne se souvient plus de la date de l'accident ni des noms des médicaments antidépresseurs ou autres psychotropes qu'on lui a prescrits, hésite sur certaines dates importantes de sa vie comme la date de son mariage. Le contenu de la pensée est focalisé sur les séquelles de son traumatisme cranio-cérébral, ses troubles de la concentration et de la mémoire ainsi que sa grande irritabilité qu'il vit comme handicapants au quotidien. L'expertisé ne se montre pas irritable avec l'interlocuteur.

Du point de vue psychiatrique l'expertisé ne se plaint d'aucune symptomatologie dépressive. Il attribue toute sa symptomatologie au traumatisme cranio-cérébral suite à l'accident de juillet 2011. L'expert neurologue estime qu'il n'y a plus de substrat organique pouvant expliquer les plaintes de l'expertisé.

Nous n'avons pas d'éléments pour retenir de dysthymie (l'expertisé ne se plaint pas d'humeur dépressive ou de manque d'estime de soi). L'irritabilité et l'agressivité, ainsi que la carrière professionnelle plutôt instable pourraient être mises sur le compte de traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Mais nous n'avons pas d'autres critères pour retenir un diagnostic définitif pour ce type de personnalité pathologique. Le diagnostic de syndrome post-commotionnel ne peut plus être retenu après un aussi long délai (plus de 5 ans depuis le TCC).

Face aux éléments de surcharge décrits par les nombreux experts nous retenons le diagnostic de majoration de symptômes physiques (mentaux dans ce cas) pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis l'automne 2012.

D'après la grille d'examen en cas de troubles somatoformes découlant de l'arrêt du Tribunal Fédéral du 3 juin 2015, nous retiendrons qu'il n'existe pas de trouble psychique clair, hormis une symptomatologie pouvant rentrer dans le cadre de traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, mais sans qu'un diagnostic certain de ce type de trouble de personnalité puisse être retenu.

Concernant ses ressources: l'expertisé parle plusieurs langues, il a pu se marier et fonder une famille et peut compter sur le soutien de son entourage. Par contre sa vie professionnelle paraît instable et l'expertisé semble s'être enfermé dans un rôle d'handicapé depuis son accident.

Des mesures de réadaptation sont exigibles du point de vue psychiatrique.

Concernant la cohérence: la description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes. L'expertisé montre des signes de surcharge de la symptomatologie et sa collaboration n'est pas optimale.

Du point de vue thérapeutique, l'expertisé ne ressent plus le besoin d'être soutenu psychologiquement ni de prendre des psychotropes. Mais, en cas de difficultés liées à une irritabilité ou agressivité lors de la reprise de travail, une psychothérapie de type cognitive et comportementale (visant la gestion de la colère) et des psychotropes limitant l'impulsivité (antidépresseurs par exemple escitalopram voire de la Quétiapine) pourraient être proposés.

Nous concluons que du point de vue psychiatrique, il n'y a pas de limitation fonctionnelle et donc en théorie sa capacité de travail est complète dans toute activité sans limitation de rendement.»

A l'appui de ses observations du 10 mai 2017 sur le dossier AI, le recourant produit un nouveau rapport du Dr J. _____ du 17 avril 2017, sur lequel il se fonde pour constater que l'expertise du [...] du 17 février 2017 ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels pour avoir force probante, outre que les experts ont répondu à un autre questionnaire que celui qu'il avait soumis à l'OAI. Il se réfère pour le surplus à ses déterminations sur cette expertise dans le cadre de la procédure pendante devant l'OAI. Dans son rapport du 17 avril 2017, le Dr J. _____ observe en substance que les troubles neuropsychologiques ont été objectivés par le corps médical, sur la base de tests sérieux, que les symptômes post-commotionnels peuvent persister à long terme pour un certain pourcentage de victimes de TCC, que les interruptions de traitement médicamenteux étaient consécutives à leurs effets indésirables, et considère que la mention par les experts de signes de majoration ainsi que

de manque de collaboration repose sur des éléments fragiles, voire erronés.

Dans d'ultimes déterminations du 4 septembre 2017, l'intimée s'est notamment référée à la jurisprudence (arrêt 8C_720/2012 du 15 octobre 2013) pour relever que l'existence de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique devait être confirmée par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie, selon des méthodes reconnues scientifiquement.

Dans ses écritures des 6 et 7 septembre 2017, le recourant a précisé que l'absence de détection par imagerie de lésions axonales diffuses ne permettait pas d'exclure leur existence, comme l'avaient démontré des études comparant les constats radiologiques aux lésions histologiques chez des patients décédés et pour le surplus a confirmé ses requêtes de mesures d'instruction et conclusions.

Une audience de débats et de jugement s'est tenue le 15 novembre 2018. Les parties ont intégralement maintenu leurs conclusions.

E n d r o i t :

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

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

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

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

b) Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents (frais de traitement et indemnités journalières) pour la période postérieure au 14 février 2015, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle et adéquate entre les troubles existant au-delà de cette date et l'accident du 10 juillet 2011.

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère

accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b p. 289 s. et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références ; cf. TF 8C_925/2014 du 18 décembre 2015 consid. 3).

Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références ; cf. TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3, 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1).

c) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la

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

Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 p. 122 ss).

Pour l'examen de la causalité adéquate, la jurisprudence distingue la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.3 p. 130; 117 V 359 consid. 6a p. 367 et 369 consid. 4b p. 383). Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 125 s.; 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références; 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409).

4. a) En matière d'assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis

de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b) Par ailleurs, selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5).

c) Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère

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

5. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 ; arrêt 9C_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2).

En l'occurrence, les documents en mains de la Cour de céans postérieurs au prononcé de la décision entreprise, s'agissant en particulier du dossier d'assurance-invalidité ainsi que des rapports du Dr J._____, peuvent être pris en considération en tant qu'ils se rapportent à l'état de fait déterminant pour trancher le litige.

6. a) En premier lieu, il convient d'examiner le grief d'ordre formel allégué par le recourant dans ses déterminations supplémentaires du 10 mai 2017, faisant valoir que l'expertise du [...] est affectée d'un vice, dans la mesure où les experts avaient répondu à un autre questionnaire que celui qui lui avait été soumis, rendant ainsi l'expertise précitée inutilisable.

En l'espèce, force est de constater que le recourant n'indique pas quel est l'autre questionnaire qui lui aurait été communiqué, ni ne le produit. Dans le cadre d'une procédure de l'assurance-invalidité, le questionnaire usuel transmis aux auteurs d'expertises est le questionnaire standard validé par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Outre que le vice formel n'a pas à être réparé dans la présente procédure, l'expertise en question ayant été requise dans la procédure AI, le

recourant n'indique pas en quoi une éventuelle confusion de questionnaire impacterait la présente procédure.

b) Dans son acte de recours du 23 juin 2016, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise réalisée par le Dr H._____. Il relève que l'entretien mené par ce médecin n'a duré qu'une heure, durée insuffisante pour déterminer avec précision ses capacités cognitives. Il soutient ensuite que le rapport du Dr H._____ est orienté, ce dernier utilisant le conditionnel afin de décrire l'événement accidentel ainsi que des qualificatifs péjoratifs (« répugne à donner des indications claires », en page 27 de l'expertise en question). Il relève également que, en retenant que le recourant aurait pu développer consciemment les troubles qu'il présente, l'appréciation du médecin précité est empreinte de partialité.

En l'espèce, il sied de rappeler que la durée de l'examen n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical. Cette durée ne saurait ainsi remettre en question la valeur du travail de l'expert, puisque son rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références citées). En l'espèce, le rapport du Dr H._____, comportant notamment une anamnèse et une discussion détaillées, démontre que l'expert s'est consacré de manière appropriée au cas du recourant. Concernant les troubles cognitifs de l'assuré, l'expert ne les ignore pas, recommandant une activité plus simple et moins exigeante intellectuellement.

Concernant l'emploi du conditionnel, il apparaît comme admissible au vu des circonstances de l'événement accidentel. En effet, aucun témoin n'était présent lors de la chute de l'assuré. De plus, ayant souffert d'amnésie post-traumatique, l'assuré lui-même ne s'en rappelle pas. S'il est vrai que l'emploi du verbe « répugner » est maladroit afin d'exprimer une attitude réticente, il n'est pas pour autant significatif de partialité. En effet, on attend de l'expert qu'il décrive également l'attitude de l'expertisé en cours d'examen. Par ailleurs, on ne saurait retenir une partialité du Dr H._____ lorsqu'il observe que le recourant pourrait avoir

consciemment développé les troubles qu'il présente. Il incombe en effet à l'expert psychiatre d'envisager diverses hypothèses, dont celle-ci, et d'en faire part. Enfin, dans le cadre de son expertise, ce médecin a répondu à une question relevant de la causalité naturelle expressément posée par l'assureur, soit une question de fait pour laquelle une appréciation médicale est dans le cas d'espèce nécessaire.

7. En l'espèce, le 10 juillet 2011, le recourant a subi un traumatisme crânio-cérébral, ayant entraîné une perte de connaissance d'une vingtaine de minutes et une amnésie post-traumatique de trois jours. Il a également été victime d'une fracture non déplacée occipitale inférieure para-médiane gauche. L'absence de rapports médicaux relatifs au traitement de cette fracture, de même que d'allégués du recourant relatifs à cette lésion, permet de retenir qu'elle aura évolué favorablement.

Dans les suites de l'accident, le recourant a rapidement présenté des nausées et des céphalées, puis des troubles de la mémoire et du sommeil, des difficultés de concentration, un ralentissement intellectuel, une fatigabilité importante et de l'irritabilité, une phono et photophobie. Ces troubles subsistent encore pour l'essentiel et sont attestés par plusieurs sources médicales. Les nombreux examens d'imagerie n'ont cependant mis en évidence aucune lésion organique d'origine traumatique susceptible d'expliquer la permanence de ces troubles.

a) Singulièrement, le CT scan cérébral et cervical réalisé le jour de l'accident a exclu une lésion traumatique intra-cérébrale ou cervicale, le CT-scan cérébral du 16 juillet 2011 s'est avéré normal et le rapport d'IRM cérébrale du 19 janvier 2012 conclut à l'absence d'argument en faveur d'une lésion post-traumatique, en particulier dans les régions fronto-basales et temporo-polaires des deux côtés. L'examen IRM Tesla 3 du 18 février 2015 a démontré la parfaite intégrité du parenchyme cérébral ainsi que des structures ventriculaires et vasculaires. Enfin, l'angio-IRM cérébrale du 15 août 2016, impliquant une nouvelle

technique sous la forme d'une tractographie, n'a démontré aucune anomalie de l'anisotropie fonctionnelle, et par conséquent aucun signe pour une discontinuité significative des fibres cérébrales qui auraient pu témoigner de lésions traumatiques sous-jacentes.

Quand bien même la littérature médicale atteste de la possibilité que des lésions axonales diffuses ne soient pas révélées ou détectables par la neuro-imagerie, une telle hypothèse ne se rencontrerait que dans 10 à 20% des cas. Or, à l'aune de la règle de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurances sociales, un tel pourcentage est incontestablement trop faible pour retenir l'existence d'une lésion axonale diffuse comme avérée.

b) A cela s'ajoute que les examens cliniques neurologiques effectués par les Drs T._____ le 19 juillet 2011 et G._____ le 13 février 2015 n'ont pas révélé d'atteinte neurologique, le premier qualifiant l'examen de rigoureusement physiologique, le second relevant l'inexistence d'une part de limitation physique neurologique, d'autre part d'une base organique neurologique, notamment de lésion focale, explicitant les troubles. Le Dr K._____ n'a pas fait mention d'une atteinte neurologique dans ses nombreux rapports. Enfin, dans son rapport du 13 novembre 2015, le Dr J._____ considère que son patient ne présente pas d'atteinte neurologique objectivable à l'examen clinique.

c) Selon le Dr J._____, il paraît difficile de qualifier un examen neurologique de normal en présence de troubles cognitifs reconnus, les capacités cognitives faisant partie de la fonction cérébrale. Il considère que son patient présente un syndrome post-commotionnel.

Dans la Classification internationale des maladies (CIM-10), le syndrome post-commotionnel est défini comme un syndrome survenant à la suite d'un traumatisme crânien (habituellement d'une gravité suffisante pour provoquer une perte de connaissance) et comportant de nombreux symptômes variés tels que maux de tête, vertiges, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir des tâches mentales,

altération de la mémoire, insomnie, et diminution de la tolérance au stress, aux émotions, ou à l'alcool (F07.2).

Ce diagnostic n'est pas contesté. Il a été posé déjà dans les jours suivant l'accident par le Dr T._____, puis confirmé par l'expert H._____ et les experts du [...]. Le Dr G._____ ne retient pas spécifiquement ce diagnostic. Néanmoins, la description des troubles par cet expert correspond aux symptômes définissant le syndrome post-commotionnel. Catalogué dans les troubles mentaux et du comportement, le syndrome post-commotionnel est une atteinte psychique, et non somatique. Posé par des spécialistes en psychiatrie, ce diagnostic doit en l'occurrence être retenu. Les troubles subsistant au-delà du 15 février 2015 relèvent en l'occurrence tous du syndrome post-commotionnel.

d) En l'espèce, le recourant a subi un traumatisme crânio-cérébral et présente les symptômes caractérisant le tableau clinique qui autorisent de retenir l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail selon la jurisprudence (cf ch. 3c ci-dessus).

Chez la plupart des individus, les signes et symptômes de commotion cérébrale disparaissent naturellement sur une période de temps relativement brève, de l'ordre de un à trois mois. Certains (environ 5 à 20%) ne guérissent pas dans ce laps de temps et développent un syndrome post-commotionnel persistant, lequel est généralement dû à des facteurs multiples, tels que personnalité prédisposée, vie stressante, état psychiatrique, abus de certaines substances, comorbidité avec des douleurs, dépression, état de stress post-traumatique, litiges, exagération ou simulation, erreur d'attribution ou réponses influencées (Dr Ruben J. Echemendia « Informations médicales n°78 », p. 93 et ss).

En l'occurrence, le Dr K._____ a envisagé l'hypothèse d'une origine psychique à la permanence des troubles. L'expert H._____, évoquant une réversibilité des symptômes, émet l'hypothèse que des facteurs sortant du champ médical jouent un rôle non négligeable dans la

persistance des troubles psychogènes, notamment l'existence de bénéfices secondaires. L'expertise du [...] conclut au diagnostic de majoration des symptômes mentaux pour des raisons psychologiques. Enfin, l'expert G. _____ se réfère aux tests - sensibles aux éléments de surcharge - montrant un effort cognitif sub-optimal par autolimitation, parlant pour une surcharge psychogène claire.

Au vu de ce qui précède, le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles neuropsychologiques ne saurait être retenu au-delà du délai naturel de disparition des signes et symptômes du syndrome post-commotionnel tel que ressortant de la littérature médicale. Il ne devrait donc pas pouvoir être admis au-delà de quelques mois. L'expert H. _____ a retenu le délai d'une année et les experts du [...] vont jusqu'à 15 mois (octobre 2012). La question de savoir jusqu'à quand exactement le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles présentés par le recourant doit être admis peut cependant demeurer indécise. Il en va de même de la question de savoir quels sont les facteurs à l'origine de la permanence de ces troubles, lesquels auraient dû naturellement disparaître en quelques mois. En effet, dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat de la relation de causalité doivent être cumulés pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle, par conséquent également de son étendue dans le temps, dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1 p. 472). Tel est le cas en l'occurrence.

8. En présence d'un accident ayant entraîné un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, la jurisprudence particulière en matière de causalité adéquate s'applique. Dans le cas d'espèce, les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause, se trouvent toujours au premier plan, de telle sorte que l'examen de la causalité adéquate se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de

traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.3 p. 130; 117 V 359 consid. 6a p. 367 et 369, consid. 4b p. 383).

a) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité, la jurisprudence classe d'abord les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves.

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

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

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques;
- 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.

b) Pour procéder à la classification de l'accident, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêts 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84). D'après la casuistique en matière de chutes d'une certaine hauteur, ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre 5 et 8 mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (voir les arrêts publiés à la RAMA 1999 n° U 330 p. 122 consid. 4b/bb et RAMA 1998 n° U 307 p. 448 consid. 3a). Le Tribunal fédéral a classé les cas de chutes d'une hauteur d'environ 3 mètres plutôt dans la catégorie des accidents de gravité moyenne (voir notamment les arrêts 8C_305/2011 du 6 mars 2012, 8C_855/2009 du 21 avril 2010 et 8C_584/2007 du 9 septembre 2008).

En l'espèce, le recourant a glissé et chuté dans sa baignoire. Il s'agit donc d'une chute de sa propre hauteur, laquelle, au vu de la casuistique précitée, doit être classée tout au plus dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu.

c) Le recourant soutient remplir six critères jurisprudentiels inhérents aux accidents de gravité moyenne, à savoir celui du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, de la gravité des lésions, du traitement médical anormalement long, des difficultés en cours de guérison, de la persistance des douleurs et de la permanence de

l'incapacité de travail. Il expose également avoir dû faire face à des contradictions médicales particulièrement difficiles à vivre et blessantes.

aa) La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. Le Tribunal fédéral a nié ce critère dans plusieurs cas de traumatismes crâniens avec perte de connaissance consécutifs à une chute (TF 8C_383/2013 du 1er avril 2014 consid. 7.2.2 et les arrêts cités). Par ailleurs, il convient d'accorder à ce critère une portée moins décisive lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident que si elle en garde des souvenirs clairs (SVR 2011 UV n° 10 p. 35 consid. 4.3.2, arrêt 8C_584/2010 du 11 mars 2011; voir également les arrêts 8C_434/2012 du 21 novembre 2012 consid. 7.2.3 et 8C_624/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.2.1).

En l'espèce, objectivement considéré, l'événement du 10 juillet 2011 ne présente pas un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. Une chute dans une baignoire n'est en rien spectaculaire. Les secours ne sont pas intervenus sur place. Le recourant a pu se relever par ses propres moyens. Par ailleurs, il a présenté une amnésie post-traumatique de trois jours, laquelle aurait grandement atténué, si ce n'est annihilé les éventuelles caractéristiques dramatiques ou impressionnantes de l'accident. Le critère n'est donc pas rempli.

bb) S'agissant du critère des lésions particulièrement graves, un traumatisme cranio-cérébral ne suffit pas à lui seul. Il faut encore que le traumatisme ait une gravité particulière ou que des circonstances particulières influencent la symptomatologie (TF U 339/06 consid. 5.3, U

380/04 consid. 5.2.3). Il peut s'agir d'une position particulière lors de l'accident avec les complications qui en résultent (TF U 339/06 consid. 5.3, U 193/01 consid. 4.3). De même des blessures importantes parallèlement au traumatisme cranio-cérébral peuvent être significatives (ATF 134 V 109 consid. 10.2.2).

En l'espèce, la fracture non déplacée occipitale inférieure paramédiane gauche ne saurait être considérée comme grave. Le diagnostic de traumatisme crânien est posé le jour même de l'accident et le CT scan cérébral et cervical du 10 juillet 2011 a exclu une lésion traumatique intracérébrale ou cervicale, tout comme les examens IRM ultérieurs. Les examens cliniques neurologiques sont dans la norme. Les troubles neuropsychologiques sont liés au traumatisme cranio-cérébral, qualifié de léger et non de grave.

Au vu de ce qui précède, particulièrement en l'absence de lésion osseuse grave ou de lésion neurologique, le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions ne peut être retenu.

cc) Le recourant se réfère au critère de la durée anormalement longue du traitement médical. Or ce critère est pertinent en matière de troubles psychiques constituant une atteinte distincte et indépendante. Sa formulation a été modifiée en ce qui concerne les traumatismes de type "coup du lapin", dont font partie les traumatismes crânio-cérébraux. Le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, pertinent en matière de troubles psychiques, correspond ainsi à celui de l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible.

Les mesures thérapeutiques proprement dites ont consisté en divers traitements médicamenteux (antiépileptique, antidépresseur, anxiolytique, neuroleptique, anti-migraineux et antalgique) et en deux suivis en thérapie cognitivo-comportementale. De telles consultations, assimilables à de simples contrôles chez le médecin, ne présentent pas un caractère de pénibilité (arrêt U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4),

même si leur répétition et leur faible résultat peuvent entraîner un sentiment de lassitude. Un traitement médicamenteux consistant en des antalgiques et des anti-dépresseurs n'a pas le caractère de pénibilité requis par la jurisprudence (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2.3 p. 128; arrêts 8C_878/2012 du 4 septembre 2013 consid. 4.2.4; 8C_305/2011 du 6 mars 2012 consid. 3.5). Il en va manifestement de même pour des médicaments antiépileptique, anxiolytique, neuroleptique et anti-migraineux. Le traitement médicamenteux a dû être adapté à de nombreuses reprises, notamment en raison d'effets secondaires, en l'occurrence sous la forme de réactions allergiques cutanées, de nausées ou brûlures rétro-sternales. De tels effets secondaires ne présentent pas une pénibilité particulière. Dans cette continuité, on peut également relever qu'aucune erreur de traitement à l'origine d'une aggravation notable des séquelles de l'accident n'est à déplorer.

Concernant les difficultés ou complications importantes intervenues au cours de la guérison, celles-ci ne se rapportent pas uniquement à l'évolution des lésions physiques traumatiques, mais également sur le plan psychique (TFA U 201/05 du 4 mai 2006, consid. 5.2.2). En l'espèce, des difficultés sont effectivement apparues au cours de la guérison de l'assuré sous la forme d'un syndrome post-commotionnel, qui, comme rappelé au considérant 7c, constitue une atteinte psychique, et non somatique. Comme le retiennent les experts, il n'est pas contesté que le recourant a, depuis l'événement traumatique, développé une irritabilité, une sensibilité à l'agitation extérieure, des troubles de concentration, des troubles du sommeil et des céphalées. Cependant, ces derniers relèvent également que le recourant a trouvé les ressources nécessaires afin de rester relativement actif en accord avec ses possibilités physiques, tant dans le cadre de ses loisirs que dans les activités ménagères. Aucun repli social n'a au demeurant été constaté. Au vu de ce qui précède, les difficultés apparues au cours de la guérison ne sont pas propres à entraver de manière substantielle le quotidien du recourant. Elles ne sauraient ainsi revêtir une intensité particulière, nécessaire afin de retenir un tel critère.

dd) Le recourant invoque encore le critère de la persistance des douleurs, lequel est un critère pertinent en matière de troubles psychiques constituant une atteinte distincte et indépendante. Est en l'espèce relevant le critère de l'intensité des douleurs. En premier lieu, il sera observé que la photophobie et la phonophobie, l'irritabilité, les troubles du sommeil, évoqués par le recourant, n'entraînent par définition pas de douleurs, s'agissant de troubles psychiques. Le recourant allègue d'importantes céphalées de tension et migraines. On ne saurait toutefois déduire de cette seule énumération que les douleurs subies par l'intéressé revêtent l'intensité exigée par la jurisprudence (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 p. 128; arrêt 8C_305/2011 du 6 mars 2012 consid. 3.6). Aucun examen clinique ne mentionne au demeurant d'éléments objectifs qui pourraient attester du caractère intense de ces douleurs. Il n'apparaît par ailleurs pas que le recourant soit constamment et de manière significative entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs.

ee) Enfin, en ce qui concerne le critère de l'importance de l'incapacité de travail, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité. L'intensité des efforts exigibles doit être mesurée à la volonté reconnaissable de l'intéressé de faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7 p. 129 s.). En l'occurrence, le recourant met en exergue sa volonté de participer aux mesures de réinsertion mises en place par l'OAI et le fait que l'abandon de ces mesures est consécutif à son état de santé. La question de savoir si les efforts de l'assuré peuvent être considérés comme sérieux peut rester indéterminée dès lors que, même si l'on admet que le critère de l'importance de l'incapacité de travail est rempli, ce critère n'est pas à lui seul décisif pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate au regard de la gravité de l'accident en cause (cf. ATF 117 V 359 consid. 6b p. 367 s., 369 consid. 4c p. 384).

ff) En conclusion, en retenant l'hypothèse la plus favorable au recourant, seul un des critères pourrait entrer en ligne de compte, mais il ne revêt pas en l'occurrence une importance particulière.

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

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

8. Le dossier est complet au plan médical. Les Drs J._____ et G._____ se sont longuement et exhaustivement exprimés au travers de leurs rapports successifs. Leur audition est ainsi superflue. L'étendue de l'incapacité de travail n'a pas à être approfondie plus avant eu égard aux considérations relatives au rapport de causalité, étant rappelé que l'examen de la causalité adéquate est une question de droit, dont la réponse incombe à l'administration, respectivement au juge, et non pas aux médecins. Partant, la mise en œuvre d'une expertise médicale n'apporterait vraisemblablement aucune constatation nouvelle.

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

9. En définitive et compte tenu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision attaquée étant confirmée.

a) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires ni d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), le recourant n'obtenant pas gain de cause.

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

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

Par décision du juge instructeur du 24 juin 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 juin 2016 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Christine Graa. Cette dernière a produit sa liste des opérations le 15 novembre 2018. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Graa est arrêtée à 5'489 fr. 05 (débours et TVA compris).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours déposé le 23 juin 2016 par S._____ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 18 mai 2016 par P._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Graa est arrêtée à 5'489 fr. 05 (cinq mille quatre cents huitante-neuf francs et cinq centimes), TVA comprise.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Graa, pour le recourant,
- P._____,
- 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 :