

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 juin 2018

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

Cause pendante entre :

B._____, à [...], recourant, représenté par Me Kieu-Oanh Nguyen Oberhaensli, avocate à Genève,

et

I._____, [...], à [...], intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 LAA.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, travaillait depuis le 1^{er} novembre 2010 en tant que secrétaire communal à temps plein pour le compte de la commune d'A._____. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'I._____ [...] (ci-après : I._____ ou l'intimée).

En date du 21 octobre 2011, l'assuré a été victime d'un accident de voiture au cours duquel il a perdu la maîtrise de son véhicule puis en a été éjecté après plusieurs tonneaux, n'étant pas porteur d'une ceinture de sécurité. Polytraumatisé, il a été héliporté le jour même au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier G._____), où il a été pris en charge jusqu'au 12 décembre 2011 - tout d'abord au Service de médecine intensive de l'adulte, puis aux soins continus du Service de neurochirurgie et enfin au Service de neuroréhabilitation (Hôpital X._____). Il a ensuite été transféré à la Clinique F._____, où il a séjourné jusqu'au 5 février 2012.

Le cas a été annoncé le 26 octobre 2011 à I._____.

Dans les suites de l'accident, les médecins du Centre hospitalier G._____ ont en particulier diagnostiqué une déchirure de l'isthme aortique, un traumatisme crânio-cérébral (TCC) modéré, un pneumothorax gauche, des fractures des côtes antérieures gauches en série (2^e à 9^e), un emphysème sous-cutané à gauche, une fracture de la clavicule proximale droite, une fracture bi-isthmique de C7 avec déplacement d'un fragment osseux intra-canalair, une fracture burst de L1 avec minime recul du mur postérieur sans compression médullaire, une fracture de l'apophyse transverse de D10 et D11 à droite et D12 à G, ainsi qu'une luxation du coude droit. L'assuré a conséquemment bénéficié d'une endoprothèse aortique (intervention du 22 octobre 2011), d'une fixation transmasse latérale de C5-C6 et transpériculaire de D1-D2 et D10-L3 (intervention du 23 octobre 2011), ainsi que d'une réduction et suture

capsulo-ligamentaire du coude droit avec pose d'un fixateur externe (intervention du 28 octobre 2011). Les médecins ont également signalé une amnésie post-traumatique, qui s'était nettement améliorée jusqu'à disparition quasi complète au moment de la sortie du Service de neurochirurgie le 16 novembre 2011. Ils ont par ailleurs relevé un état d'agitation sur sevrage éthylique dans le cadre d'un alcoolisme chronique, un tabagisme actif, une consommation quotidienne de Tétrahydrocannabinol (THC) et un état dépressif traité par benzodiazépines (cf. rapports des 3 et 28 novembre 2011). Concernant plus particulièrement l'aspect neuropsychologique, les spécialistes ont tout d'abord conclu à un signe de dysfonction exécutive et à un déficit sévère en reconnaissance immédiate antérograde verbale, dans le contexte d'un TCC sur accident de la voie publique avec polytraumatisme et amnésie pré-traumatique de moins de 24 heures et post-traumatique évaluée à 19 jours (cf. rapport de suivi des 8, 9, 10 et 11 novembre 2011 ; cf. rapport d'examen du 14 novembre 2011). Ils ont ensuite retenu un léger dysfonctionnement exécutif, « *sans lésion cérébrale au CT* », avec une reprise de l'activité professionnelle envisageable progressivement compte tenu de la fatigue (cf. rapport de suivi des 17 et 18 novembre 2011).

Dans le cadre de l'hospitalisation du 12 décembre 2011 au 5 février 2012 à la Clinique F. _____, l'assuré a notamment fait l'objet d'un suivi neuropsychologique qui a pu être interrompu avant la fin du séjour hospitalier en raison de ses bonnes aptitudes cognitives. Les observations recueillies suggéraient ainsi la normalisation du fonctionnement cognitif global et la reprise de l'activité professionnelle paraissait envisageable, initialement à temps partiel compte tenu de la persistance d'une certaine fatigabilité et du ralentissement fluctuant de la vitesse de traitement de l'information (cf. rapport du 23 décembre 2011). En fin de séjour, les médecins ont notamment observé que l'assuré présentait des troubles de l'équilibre, des troubles mnésiques et de légers troubles exécutifs. Ils ont en outre rapporté que le séjour de neurorééducation s'était déroulé sans complication majeure, avec de nets progrès à tous les niveaux, mais que persistaient des douleurs dorsales récidivantes surtout lors de la marche

prolongée ou d'activités intensives, chez un patient assez fatigable (cf. rapports des 9 janvier et 27 février 2012).

Selon un rapport d'expertise toxicologique établi le 12 décembre 2011 dans le cadre de l'instruction pénale ouverte suite à l'accident, les prélèvements effectués sur l'assuré le 21 octobre 2011 avaient montré dans le sang une concentration de clométhiazole (2'700 µg/l) supérieure à la fourchette des valeurs thérapeutiques, indicatrice d'une consommation récente de cette substance. Dans l'urine avaient été retrouvées des traces de cannabis (31 µg/l), symptomatiques d'une consommation non récente remontant à plusieurs heures, voire plusieurs jours avant le prélèvement, ainsi que du clométhiazole, des métabolites du clométhiazole, du THCCOOH, de l'éphédrine, du propofol, de l'étomidate, de la lidocaïne, des métabolites de la lidocaïne et un métabolite du midazolam. Quant au taux d'éthanol dans le sang, il était inférieur à 0,10 g/kg (cf. rapport d'analyse toxicologique du 12 décembre 2011), ce qui était inférieur à la limite conventionnelle (cf. rapport du 27 octobre 2011 du Dr DD._____, biologiste et toxicologue forensique).

Le 10 février 2012 a été effectuée une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale, dont les résultats se sont avérés dans les limites de la norme.

Aux termes d'un rapport du 5 mars 2012 adressé à I._____, la Dresse S._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, médecin traitant de l'assuré, a relevé une évolution lentement favorable avec des rachialgies diffuses prédominant au niveau cervical, des douleurs au coude droit, une asthénie, ainsi que des troubles de la concentration et de la mémoire. Elle a estimé que des séquelles fonctionnelles étaient à craindre au niveau du coude droit, ainsi que sur les plans rachidien et peut-être neuropsychologique.

Par rapport du 22 mars 2012, le Dr N._____, médecin associé au Service de neurochirurgie - Policlinique du Centre hospitalier G._____, a observé une bonne évolution clinique. Le 11 mai 2012, il a

indiqué que l'assuré pourrait reprendre le travail à 25-50 % dans les prochaines semaines.

Dès le 4 juin 2012, l'intéressé a repris son activité à la commune d'A._____ tout d'abord à un taux de 20 % puis, dès le 7 janvier 2013, à 40 %.

Par ordonnance pénale du 20 juillet 2012, le Ministère public de l'arrondissement [...] a condamné B._____ à une peine pécuniaire de 20 jours-amende avec sursis pendant deux ans et à une amende de 200 fr., pour violation simple des règles de la circulation et conduite d'un véhicule automobile en état d'incapacité le 21 octobre 2011. Dite ordonnance retenait en particulier que les analyses sanguines avaient révélé la présence de clométhiazole au-dessus de la fourchette des valeurs thérapeutiques au moment des faits litigieux et qu'il s'agissait d'une substance dont les effets étaient de nature à diminuer la capacité à conduire.

Par rapport du 15 octobre 2012 à la Dresse S._____, la Prof. J._____, cheffe du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier G._____ (Hôpital X._____), a expliqué qu'une évaluation neuropsychologique du 22 août 2012 avait mis en évidence un fléchissement exécutif et des difficultés mnésiques, qui étaient des séquelles du TCC du 21 octobre 2011.

Dans un rapport du 11 septembre 2012 destiné à I._____, la Dresse S._____ a signalé que l'évolution était très lentement favorable, caractérisée par une amélioration des troubles cognitifs et par des douleurs rachidiennes persistantes et invalidantes, liées au déconditionnement musculaire consécutif aux interventions. Elle a ajouté qu'un éventuel dommage permanent était possible, mais encore impossible à préciser.

Par décision du 12 septembre 2012, I._____ a réduit de 20 % les prestations en espèces dues à l'assuré, compte tenu des infractions

pénales sanctionnées le 20 juillet 2012. L'assurance a encore souligné que, dans la mesure où l'intéressé n'était pas porteur d'une ceinture de sécurité au moment des faits, une réduction de 30 % aurait été justifiée, mais qu'il y était renoncé au regard de l'ensemble des circonstances.

A teneur d'un rapport du 2 novembre 2012 à l'attention d'I._____, la Dresse S._____ a signalé une évolution marquée par une importante raideur rachidienne avec une limitation fonctionnelle et des douleurs persistantes. Elle a également relevé un déconditionnement musculaire majeur et des séquelles neuropsychologiques sous forme de troubles mnésiques, fléchissement exécutif et fatigue. Cela étant, elle a estimé que l'évolution était globalement favorable mais très lente.

Dans un rapport du 26 septembre 2012, le Dr K._____, médecin-chef au Centre Médical de FF._____, a notamment souligné que l'assuré présentait des limitations fonctionnelles assez importantes dans le cadre d'une kinésiophobie claire, atteinte qu'il a à nouveau constatée le 5 novembre 2012. Le 17 décembre 2012, il a indiqué qu'il y avait des améliorations au niveau de la kinésiophobie même si l'assuré - qui n'avait pas été aussi assidu qu'il l'aurait voulu - développait encore beaucoup de précautions face à des stratégies qu'il ne connaissait pas.

Sur mandat d'I._____, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a réalisé une expertise sur la personne de l'assuré. Dans son rapport du 29 janvier 2013, l'expert a notamment évoqué une légère tendance à l'abus d'alcool depuis une année avant l'accident, associée à des tranquillisants, en relation avec un problème familial. Pour le reste, le Dr L._____ a exposé que la rupture de l'isthme aortique n'avait plus de répercussion significative, que la situation s'agissant des membres supérieurs était tout à fait satisfaisante, mais que les conséquences accidentelles au niveau du rachis étaient en revanche beaucoup plus importantes. Par ailleurs, l'expert a souligné un important problème neuropsychologique loin d'être stabilisé : en effet, le patient avait encore des déficits de concentration, avec une fatigabilité augmentée, probablement en relation avec son TCC mais peut-être aussi

avec un petit état dépressif séquellaire à son important traumatisme. Considérant que tous les problèmes présentés actuellement par le patient se trouvaient en lien de causalité avec l'accident, le Dr L._____ a plus particulièrement expliqué qu'il n'était pas exclu que l'assuré garde des séquelles douloureuses du rachis et/ou neuropsychologiques conduisant à une baisse de rendement définitive, l'activité professionnelle étant au surplus tout à fait appropriée.

Dans un courriel du 22 février 2013 à la Dresse S._____, la neuropsychologue M._____ a indiqué que l'assuré montrait une anxiété importante sur le plan de la conduite (comportements d'évitement importants, scénarios catastrophes, etc.), avec généralisation (peur également dans d'autres moyens de transport, ne supportait pas le bruit des voitures, etc.). Elle a ajouté que l'intéressé s'était montré très preneur de la thérapie cognitivo-comportementale mais qu'il avait rapidement estimé ne pas être prêt à entamer une telle démarche, « *même s'il sa[vait] qu'il le lui faudrait* ». En outre, les déplacements au site de NN._____ et le fait de côtoyer le milieu hospitalier étaient trop anxiogènes pour lui. Aussi avait-il souhaité interrompre la prise en charge, les coordonnées d'un psychiatre (le Dr PP._____) lui ayant toutefois été transmises.

Le 24 avril 2013, le Prof. W._____, médecin chef au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier G._____, a en particulier estimé que l'évolution était lente mais constante.

Dans un compte-rendu du 15 mai 2013 adressé à la Dresse S._____ suite à une consultation du 13 mai 2013, la Prof. J._____ a expliqué que l'évaluation avait mis en évidence des troubles mnésiques, un fléchissement exécutif et des difficultés au niveau de l'attention, soit un tableau stable par rapport à la précédente évaluation du 22 août 2012. Elle a ajouté que ces troubles étaient de nature à diminuer la capacité de travail et que le taux d'activité de 40 % actuel semblait approprié d'un point de vue neuropsychologique.

Dans un rapport du 3 juin 2013 destiné à I._____, la Dresse S._____ a fait état de douleurs rachidiennes persistantes et invalidantes, prédominant au niveau cervico-dorsal et un peu moins marquées au niveau lombaire ; s'y ajoutaient une fatigabilité, des troubles mnésiques et cognitifs avec déficit d'attention, ainsi qu'un trouble anxio-dépressif. A son rapport, elle a annexé un compte-rendu de bilan cardiologique établi le 24 mai 2013 par le Dr EE._____ du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier G._____, considérant que l'évolution était bonne et la situation stable.

A teneur d'un rapport du 7 novembre 2013, le Dr GG._____, psychiatre, et une neuropsychologue du Centre médical HH._____ ont retenu les diagnostics d'état dépressif post-traumatique et de trouble dépressif comorbide. Ils ont relevé l'existence, depuis l'accident, de souvenirs répétitifs, de cauchemars et de flash-backs, avec peur et évitement des stimuli associés à l'accident. Ils ont précisé qu'une psychothérapie cognitivo-comportementale avait été mise en place avec difficulté dès le 18 avril 2013 et avait finalement été interrompue le 5 septembre 2013 avant la rémission des troubles. Ils ont en outre répondu par la négative à la question de savoir s'il y avait une incapacité de travail.

Le 24 février 2014 a eu lieu un entretien entre l'assuré et une collaboratrice d'I._____. Il en est notamment ressorti que le principal souci de l'intéressé était actuellement un état d'épuisement constant, qu'il avait un « *moral en dent de scie* », qu'il n'osait plus conduire et qu'un examen était prévu au Centre hospitalier G._____ le 10 mars 2014 concernant les troubles cognitifs. A cette occasion, il est également apparu que l'assuré avait été licencié pour le 28 février 2014.

Par correspondance du 5 mai 2014, la Prof. J._____ a exposé que le patient avait été réévalué lors d'une consultation ambulatoire le 22 avril 2014 et qu'il n'y avait, actuellement, pas d'amélioration du point de vue neuropsychologique mais que d'autres pathologies étaient présentes, en relation en grande partie avec l'accident de la voie publique : un syndrome douloureux (douleurs dorsales), des troubles du sommeil, de

probables troubles de l'humeur, ainsi que des séquelles cardio-vasculaires et orthopédiques.

Aux termes d'un compte-rendu du 16 juillet 2014 consécutif à un examen neuropsychologique du 10 juillet précédent, la Prof. J._____ et la psychologue assistante II._____ ont conclu à une légère péjoration du déficit de la mémoire antérograde épisodique verbale, à la persistance d'un fléchissement exécutif et d'un trouble attentionnel (attention sélective auditive), ainsi qu'à des signes probables de la lignée anxio-dépressive. Elles ont ajouté que la conduite automobile demeurait contre-indiquée d'un point de vue strictement neuropsychologique, une amélioration des performances cognitives n'étant pas exclue à moyen terme. Le même jour, la Prof. J._____ a communiqué ses conclusions à la Dresse S._____, tout en précisant que la capacité de travail était discrètement diminuée par rapport à la dernière évaluation - soit 30 à 40 % sur le plan cognitif. Elle a également souligné que la légère péjoration constatée, alors que le patient avait cessé toute activité professionnelle, ne pouvait pas être mise sur le compte d'une surcharge, mais qu'elle pouvait en revanche être tout du moins partiellement due au syndrome douloureux et aux troubles de l'humeur ; aussi préconisait-elle la poursuite de la prise en charge psychiatrique.

Le 23 janvier 2015, la Dresse S._____ a écrit à la Prof. J._____ ainsi qu'aux Drs W._____ et EE._____. Dans ce contexte, elle a évoqué un important trouble anxieux et dépressif chez l'assuré, lequel s'était rendu à une reprise auprès de la Dresse KK._____ (psychiatre psychothérapeute) avant d'interrompre le suivi, puis avait été invité à contacter le Dr LL._____ (psychiatre psychothérapeute). La Dresse S._____ a également souligné que l'intéressé avait une consommation occasionnelle d'alcool, ne buvant pas tous les jours, et qu'il ne consommait plus de substances toxiques. Elle a ajouté que l'assuré bénéficiait d'une prise en charge auprès d'OO._____, physiothérapeute, et qu'il avait définitivement renoncé à la conduite d'un véhicule automobile.

Par rapport du 5 février 2015, le Dr EE._____ a indiqué que l'assuré ne présentait pas de symptôme cardiaque spécifique depuis son accident mais qu'il était en revanche sujet à des séquelles neuropsychologiques et mnésiques, avec une fatigabilité marquée.

I._____ a mandaté le Centre [...] (ci-après : le Centre D._____), à [...], en vue d'une expertise pluridisciplinaire dont la réalisation a été confiée aux Drs C._____, neurologue, H._____, psychiatre et psychothérapeute, T._____, rhumatologue, et Z._____, chirurgien orthopédique, ainsi qu'à la neuropsychologue MM._____. Dans cette perspective, I._____ a adressé un courrier à l'assuré le 19 janvier 2015, l'informant de la mise en œuvre de l'expertise, lui soumettant le questionnaire destiné aux experts et l'invitant à poser d'éventuelles questions supplémentaires, tout en soulignant que l'intéressé était supposé être d'accord avec les principes et modalités de l'expertise mais que, dans le cas contraire, il lui était loisible de faire valoir ses motifs par écrit. L'assuré n'a pas réagi à ce courrier et s'est régulièrement rendu aux différentes consultations agendées les 3, 4, 9 et 12 mars 2015.

Dans leur rapport du 16 octobre 2015, les experts du Centre D._____ ont notamment retenu ce qui suit :

"[...]

Habitudes :

Tabac : moins de 10 cigarettes par jour. Il avait réussi à arrêter à l'hôpital F._____ et déplore avoir repris ses consommations.

Alcool : à l'occasion, dans un contexte festif.

Toxicomanie : a fumé du cannabis, mais n'en prend plus. Il rapporte qu'à son époque tout le monde fumait et que lorsqu'il sortait dans les soirées, il fumait aussi. Il a continué à fumer du cannabis jusqu'à peu avant l'accident. Il ne s'estime pas avoir été pour autant un toxicomane avant son accident. Il est formel sur le fait qu'il a totalement arrêté ses consommations de toxiques aujourd'hui.

[...]

SYNTHÈSE ET DISCUSSION

[...]

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan rhumatologique, Monsieur B._____ se plaint de la persistance de cervico-dorsalgies, également de lombalgies. En revanche, il dit n'avoir que peu de problèmes à son coude droit hormis des douleurs qui surviennent lors des efforts, une diminution de la mobilité et un manque de force. Son épaule droite va bien.

Les plaintes rachidiennes sont de type mécanique, en l'absence d'élément en faveur d'une étiologie inflammatoire/immunologique.

Au status, on relève une diminution de la mobilité rachidienne cervicale et dorso-lombaire en relation avec le status post-opératoire (arthrodèses), une diminution très modérée de la flexion du coude droit, une persistance d'un flexum (défaut d'extension d'environ 20 °)[.]

Des limitations fonctionnelles découlent du status rachidien. Une activité adaptée peut être exercée à temps plein, avec cependant une diminution de rendement de l'ordre de 30 % due à la nécessité de prendre de courtes pauses afin notamment de pratiquer des étirements et mobilisations de sa colonne cervicale et dorso-lombaire.

Sur le plan orthopédique, nous voyons Monsieur B._____ 3 ans et un peu plus de 5 mois après un accident de la circulation ayant provoqué des fractures rachidiennes, une fracture proximale de la clavicule droite et une luxation du coude droit.

Après traitement chirurgical, le rachis présente un certain nombre de séquelles liées aux pertes de mobilité consécutives aux arthrodèses.

Au niveau du coude droit, l'évolution a été favorable. Il persiste une limitation de mobilité.

Au niveau claviculaire, le traitement a été conservateur et Monsieur B._____ est actuellement asymptomatique.

L'essentiel des séquelles de l'accident est à chercher au niveau rachidien.

Il existe une réduction fonctionnelle au niveau du coude droit, mais d'importance secondaire dans le contexte.

Sur le plan neurologique, Monsieur B._____ se plaint de céphalées à la concentration et en fin de journée, de rachialgies cervico-dorso-lombaires calmées partiellement par la prise de Dafalgan et de Tramadol. Il ne signale, en revanche, pas de troubles neurologiques proprement dits tant à caractère céphalique que médullaire et radiculaire (membres supérieurs et membres inférieurs).

A l'examen neurologique, on note une limitation-modérée et sensible localement de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire sans contracture significative. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. L'examen des paires crâniennes est entièrement normal. L'examen des membres supérieurs, du tronc et

des membres inférieurs est également normal, notamment sans signe de latéralisation, sans signe d'atteinte médullaire, sans élément en direction d'une atteinte radiculaire tant au niveau des membres supérieurs que des membres inférieurs.

Monsieur B._____ ne présente actuellement pas de séquelles neurologiques de son traumatisme du 21.10.2011. Il n'y a pas de traitement additionnel à proposer.

La capacité de travail est complète sur le plan neurologique strict, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail durable.

Il n'y a pas de perte à l'intégrité en conséquence de l'accident du 21.10.2011.

Sur le plan neuropsychologique, le tableau neuropsychologique actuel met ainsi en évidence au premier plan des troubles mnésiques antérogrades épisodiques sévères prédominants en modalité verbale associés à un dysfonctionnement exécutif modéré et des troubles attentionnels modérés à sévères.

Les troubles neuropsychologiques objectivés lors de ce bilan chez cet assuré signalent une évolution défavorable des fonctions cognitives à plus de trois ans du TCC. Rappelons que les investigations réalisées suite au TCC n'ont mis en évidence aucune lésion cérébrale [...], que la durée de l'amnésie post-traumatique a été évaluée à 19 jours (durée toutefois relativisée ultérieurement) et que l'évaluation neuropsychologique des 17 et 18.11.2011 à l'hôpital X._____ mettait en évidence un léger dysfonctionnement exécutif ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière. Relevons encore qu'au terme de la prise en charge hospitalière à la Clinique F._____ du 13 au 23.12.2011 Monsieur Q._____, neuropsychologue, suggérait [«] *la normalisation du fonctionnement cognitif global* ».

Comparativement au dernier examen neuropsychologique réalisé le 10.07.2014, nous constatons une nouvelle péjoration des performances mnésiques antérogrades épisodiques en modalité verbale et visuelle, ainsi qu'une péjoration des capacités attentionnelles avec l'apparition d'un ralentissement des temps de réaction simples et un rendement plus faible aux épreuves d'attention sélective. Les fonctions langagières et exécutives sont globalement superposables (pour les mêmes épreuves réalisées), de même que les performances en attention divisée. Signalons qu'une légère péjoration des troubles mnésiques antérogrades épisodiques avait déjà été décrite lors de l'examen neuropsychologique du 10.07.2014, chez cet assuré dont le tableau neuropsychologique était décrit comme stable dans les bilans précédents. La Prof. J._____ avait alors évoqué une possible participation du syndrome douloureux et des troubles de l'humeur à cette péjoration.

La péjoration des troubles cognitifs objectivée dès le 10.07.2014 et qui s'est encore nettement accentuée lors du présent bilan neuropsychologique est ainsi relativement importante et est non compatible avec les séquelles d'un TCC. Cette détérioration des troubles cognitifs est vraisemblablement liée à une consommation de substances toxiques (telle qu'elle a été attestée par le rapport du

laboratoire pour le prélèvement sanguin du 09.03.2015), telles que d'alcool, de benzodiazépines et notamment de cannabis, qui par conséquent nous incite à interpréter avec prudence les résultats aux tests neuropsychologiques réalisés dans le cadre de cette expertise. [...] Une diminution de la consommation de substances toxiques pourrait favoriser une amélioration des fonctions cognitives notamment sur le plan attentionnel.

Les troubles mnésiques antérogrades épisodiques de l'assuré, objectivés comme sévères, peuvent entraîner des limitations significatives dans une activité exigeante, que ce soit par rapport à l'apprentissage d'informations nouvelles ou par rapport à l'utilisation des connaissances acquises. Les déficits peuvent entraîner un risque d'oublis et d'erreurs (sur la base de faux souvenirs) conséquent, ainsi qu'un manque d'autonomie dans le traitement et le suivi d'informations nouvelles. Ces troubles mnésiques associés aux troubles exécutifs et attentionnels diminuent de manière significative les possibilités de rendement et l'autonomie de l'assuré dans les situations complexes : il faut éviter les contraintes temporelles, les situations de doubles tâches ou de multiples tâches successives, les interférences, les situations de stress, les activités sollicitant ses capacités d'organisation, de prise d'initiative et d'autocontrôle. Signalons que même la réalisation d'activités simples peut voir un rendement diminué en raison des troubles d'attention sélective soutenue. Il serait ainsi nécessaire de privilégier des séances de travail courtes, entrecoupées de pauses. Le ralentissement plus spécifique de l'accès lexical, quant à lui, peut constituer une entrave à l'exercice d'une activité exigeante sur le plan de l'aisance conversationnelle (enseignement, discours public...) et les troubles du calcul sont de nature à entraver toute activité de gestion de comptabilité. Précisons encore que la conduite d'un véhicule motorisé est fortement déconseillée.

L'expertisé s'est montré collaborant tout au long de l'examen, n'exprimant aucune plainte de douleur, mais manifestant des signes d'une baisse des capacités de concentration (soupirs, distractibilité) au cours de l'examen. Hormis une attitude démonstrative (en se levant à plusieurs reprises pendant la séance d'examen et en marchant dans la pièce y compris pendant la passation d'une épreuve de mémoire ; lors de certaines réponses verbales données aux tests), la participation et l'analyse des résultats (épreuve de validation des symptômes) n'évoquent pas de phénomène de surcharge ou de défaut d'effort.

Sur le plan du comportement, les difficultés de concentration apparaissant sous forme d'une distractibilité après une activité soutenue et l'attitude démonstrative peuvent entraîner une limitation sur le plan de l'adaptation sociale notamment dans un environnement très cadré.

Les troubles cognitifs ne sont qu'en relation de causalité possible avec l'accident, en l'absence de lésion à l'IRM, face à une aggravation au fil du temps non explicable, dans un contexte de prise de substances sédatives, tels que benzodiazépines, cannabis et alcool, les trois ayant des effets sur les capacités cognitives. Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité.

Sur le plan psychique, Monsieur B. _____ se plaint d'une *perte de souplesse d'esprit*.

Il rapporte des difficultés à assurer un suivi dans ses activités et à intégrer ses idées.

Il déplore une fatigue et un ralentissement générant une diminution de son activité.

Il se dit déprimé et anxieux pour le futur.

Les plaintes de Monsieur B. _____ ne corroborent pas toutes les observations de l'expert.

Monsieur B. _____ n'apparaît pas fatigable et n'est que par moments ralenti.

Les troubles de l'humeur sont en revanche objectivables, et à deux reprises Monsieur B. _____ retient ses larmes lorsqu'il s'agit d'évoquer ce qu'il a perdu et ce qu'il est devenu.

Vu que l'expertisé présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans que l'intensité des uns et des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé, et qu'il relève également des symptômes neurovégétatifs, on retiendra actuellement le diagnostic de Trouble anxieux et dépressif mixte : F41.2.

Nous nous distançons donc de l'avis du Dr S. _____ qui, le 23.01.2015, évoquait un important trouble anxieux et dépressif.

Selon les propos de l'expertisé, cet état était déjà antérieur à l'accident, on relève comme périodes difficiles le divorce il y a quatre ans, l'installation chez ses parents (sa vie a basculé), s'occupant d'eux, ainsi que de travaux entrepris dans leur propriété, tout en ayant une activité professionnelle, il était épuisé, anxieux déprimé. Il prenait des benzodiazépines, du cannabis et de l'alcool.

Monsieur B. _____ exprime également des craintes phobiques en lien avec la conduite automobile et les transports en voiture. Nous poserons donc également le diagnostic de Phobie spécifique : F40.2.

La notion de kinésiophobie avait été évoquée dans le rapport médical de septembre 2012 du Dr K. _____, spécialiste en chirurgie. [...] Cette notion de kinésiophobie n'est toutefois pas apparue lors de l'entretien avec l'expert psychiatre, mais elle a, par ailleurs, été évoquée par l'expert neurologue.

Quant aux consommations d'alcool et de cannabis : Monsieur B. _____ affirme n'avoir jamais été toxicomane ni alcoolique, vu qu'il consommait *comme tout le monde*.

Il affirme ne plus prendre aujourd'hui de toxiques. Par ailleurs, il dit consommer de l'alcool de façon exclusivement épisodique.

Il est néanmoins suspicieux et a l'impression de se faire piéger lorsqu'on lui demande de faire une prise de sang.

Il refusera également, et de façon véhémement, au rendez-vous suivant, de donner d'une part ses urines et de remplir d'autre part le questionnaire relatif à l'échelle de somnolence d'Epworth.

Les résultats de laboratoires effectués dans le sang prélevé le 09.03.2015 ont toutefois confirmé la présence de CDT attestant d'une consommation régulière d'alcool, à savoir plus de 60 g d'éthanol par jour durant plus de deux semaines.

Par ailleurs, les analyses ont reflété des dosages sanguins de Temesta beaucoup plus élevés qu'ils n'auraient dû l'être pouvant expliquer, en partie en tous cas, le ralentissement psychique objectivé et certains troubles neuropsychologiques notamment les troubles de l'attention.

Si le dosage de Deroxat est correct, on est surpris de voir le peu de Paracétamol et de Tramal retrouvé dans le sang alors que Monsieur B._____ se plaint de douteurs multiples.

Quant à la concentration de THC déterminée dans le sérum, elle est indicatrice d'une consommation de cannabis avant le prélèvement et celle de THCCOOH d'une consommation régulière de cannabis, laquelle peut elle-aussi interférer avec ses capacités psychiques, cognitives et son trouble anxio-dépressif.

Nous n'adhérerons donc pas aux propos du Dr S._____ qui, le 23.01.2015, précise que son patient ne boit pas tous les jours et ne consomme plus de toxiques.

Vu que nous n'avons actuellement que les résultats de laboratoires pour poser un diagnostic précis, l'expertisé démentant toute consommation de toxiques, nous retiendrons le diagnostic de Trouble mental ou trouble du comportement lié à l'utilisation de cannabis, sans précision : F12.9.

Ce trouble, que Monsieur B._____ présentait déjà avant son accident, était non seulement lié à des habitudes sociales comme il le prétend, mais aussi à son état anxieux et dépressif, raison pour laquelle nous évoquerons un trouble secondaire.

Vu l'amnésie de quelques heures avant l'accident à dix-neuf jours après l'accident, la description, de surcroît confuse, de ses cauchemars pendant cette période nous apparaît peu crédible.

On lit dans le dossier médical que le Dr S._____, rhumatologue, avait évoqué, le 23.01.2015, une très probable composante de stress post-traumatique et que le Dr GG._____, psychiatre, a posé, le 07.11.2013, le diagnostic d'état de stress post-traumatique : F43.1, au vu de souvenirs répétitifs, de cauchemars, de flashes back, d'une peur et d'évitements des stimuli associés à l'accident.

Nous ne retiendrons, quant à nous, pas ces diagnostic vu l'amnésie et la nature de l'accident.

Le discours de l'expertisé est marqué par certains éléments peu clairs, parfois exagérés ; par des mensonges à propos de ses

consommations d'alcool ou de toxiques et par certains point[s] illogiques voire contradictoires relatifs par exemple aux réminiscences de la période qui a suivi alors qu'une amnésie était reconnue.

Dans le dossier médical, on relève par ailleurs plusieurs éléments reflétant une ambivalence aux traitements et un manque de compliance de la part de l'expertisé.

- Le 17.12.2012, le Dr K._____ relevait que Monsieur B._____ avait présenté une évolution favorable malgré le fait qu'il avait été peu assidu.
- On lit également qu'en janvier 2015, s'il avait bénéficié d'un traitement régulier avec Madame [...], physiothérapeute, Monsieur B._____ n'avait pas développé d'activité physique régulière de gymnastique ou en piscine.
- Madame M._____, neuropsychologue au site de R._____ notait, dans un mail du 22.02.2013 : Monsieur B._____ s'est montré très preneur de la thérapie cognitivo-comportementale, mais a rapidement exprimé qu'il ne se sentait pas encore prêt à entamer une telle démarche, même s'il sait que c'est ce qu'il lui faudrait. De plus, le fait de se déplacer sur le site de NN._____ et de côtoyer le milieu hospitalier est trop anxiogène pour lui. C'est pourquoi il a souhaité stopper la prise en charge thérapeutique.

Elle précisait également qu'elle lui avait donné les coordonnées d'un psychiatre de sa région, le Dr [...] à [...].
- Le Dr GG._____, psychiatre, attestait qu'une psychothérapie cognitivo-comportementale avait été initiée, mais avec difficultés au cours de son traitement d'avril 2013 à septembre 2013 et qu'elle avait finalement été interrompue le 05.09.2013.
- Le Prof. J._____, le 16.07.2014 préconisait également une prise en charge psychiatrique, vu que la légère péjoration constatée au cours de son examen ne pouvait être mise sur le compte d'une surcharge puisque Monsieur B._____ avait cessé toute activité professionnelle.
- Monsieur B._____ a été examiné par le Dr KK._____, psychiatre, mais ne s'est pas présenté aux deux rendez-vous suivants, raison pour laquelle celle-ci a interrompu le suivi.

On observe par ailleurs des contradictions entre les propos de l'expertisé et les constatations de l'expert, voire entre les propos de l'expertisé et les résultats de laboratoires.

Au vu de ces éléments, d'une certaine démonstrativité et exagération[,] de l'inadéquation de certains propos, des mensonges, du manque de collaboration par refus de certains examens, on posera également le diagnostic de Majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques : F68.8.

L'évolution de l'expertisé a été variable.

Dans un premier temps, l'accident a généré des fluctuations de l'humeur voire des péjorations ponctuelles en lien avec les séquelles de son accident. Actuellement les variations de l'intensité du trouble anxieux et dépressif ne sont plus en lien de causalité avec l'accident et ses conséquences.

L'anxiété importante en lien avec la conduite automobile a disparu depuis que l'expertisé a renoncé à son permis de conduire.

Persiste une angoisse phobique à l'idée d'être passager dans une voiture, surtout à l'avant du véhicule, mais l'expertisé peut la surmonter.

Sur le plan dépressif, on relève une péjoration après l'échec de la reprise de travail et son licenciement en 2013. Cette péjoration psychique a influencé sa capacité de travail de façon ponctuelle, mais elle n'a pas de rapport avec l'accident.

A ce jour on peut constater, comme le reconnaît d'ailleurs le Dr S._____, une amélioration. On constate que le Dr GG._____, psychiatre, a terminé son traitement le 05.11.2013 et que dans son rapport médical du 07.11.2013 il certifie d'une capacité de travail totale. Nous n'avons aucune raison de nous distancier de son avis.

Si l'accident a entraîné une incapacité de travail complète dans un premier temps, la capacité de travail de Monsieur B._____, du point de vue exclusivement psychique, est actuellement totale du point de vue de l'accident.

Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité psychique entraînée par l'accident.

Si un traitement psychiatrique n'est pas exigible vu la pleine capacité de travail de l'expertisé, il pourrait l'aider à contrôler les consommations de benzodiazépines, d'alcool et de cannabis, favorisant ainsi une amélioration des fonctions cognitives, notamment sur le plan attentionnel ainsi que ses variations anxio-dépressives.

Dans ce sens, nous préconiserons qu'un traitement spécifique puisse être mis en place comme l'a suggéré par ailleurs, le Dr S._____ en janvier 2015 en lui donnant le nom du Dr LL._____, à [...]. Ce traitement sera toutefois à charge de la caisse maladie ; les consommations d'alcool et de toxiques n'étant pas en relation de causalité naturelle avec l'accident.

En conclusion, on retiendra, sur le plan psychique, les diagnostics de :

- Trouble anxieux et dépressif mixte : F41.2.
- Trouble mental ou trouble du comportement lié à l'utilisation de cannabis : F12.9.
- Phobie spécifique : F40.2.
- Majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques : F68.8.

Les consommations d'alcool, de cannabis et de benzodiazépines interfèrent avec les fonctions cognitives et le trouble anxio-dépressif de l'expertisé.

Un traitement, à charge de l'assurance maladie pourrait de ce fait être bénéfique.

La capacité de travail sur le plan psychique de Monsieur B. _____ est totale du point de vue de l'accident.

Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité psychique entraînée par l'accident.

[...]

6. Diagnostics

1. Cervicalgies et dorsolombalgies chroniques avec diminution de la mobilité rachidienne, séquelles fonctionnelles articulaires (diminution de mobilité) du coude droit sur status post polytraumatisme sur AVP le 21.10.1011 avec :
 - a) TCC sans hématome ni contusion cérébrale
 - b) fracture bi-isthmique C7, [...] multiples fractures costales à gauche, fracture compression de D12, fractures de l'apophyse transverse de D10 à droite, de D11 à droite et de D12 à gauche, fracture proximale de la clavicule droite et luxation du coude droit.
 - c) Status post-spondylodèse C5-D2 pour fracture bi-isthmique C7 (23.10.2011)
 - d) une déchirure de l'isthme aortique traitée par stent,
 - e) un pneumothorax gauche,
 - f) Status post-spondylodèse D10-L3 pour fracture Burst de L1 (Legacy) (23.10.2011)
 - g) Status post-luxation du coude droit traitée par fixateur externe (28.10.2011)
 - h) Status post AMO du coude droit (21.12.2011)
2. Troubles cognitifs modérés à sévères (mnésiques, exécutifs, attentionnels et du calcul).
3. Majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques : F68.8
4. Trouble anxieux et dépressif mixte : F41.2.
5. Trouble mental ou trouble du comportement lié à l'utilisation de cannabis : F12.9.
6. Phobie spécifique : F40.2.

[...]

7. Les diagnostics émis sont-ils en relation de causalité naturelle avec l'accident de façon certaine (100%), vraisemblable (>50%), possible (<50%) ou exclue (0%) ?

Diagnostics 1a à 1h : causalité certaine

Diagnostic 2 et 4 : possible

Diagnostics 3, 5 et 6 : exclue

[...]

10. L'atteinte à la santé due à l'accident a-t-elle provoqué une incapacité de travail dans l'activité habituelle

Si oui, l'incapacité est-elle temporaire ou définitive ?

[...]

Si définitive, veuillez passer à la question **11**

Si temporaire :

Dès quelle date la capacité dans l'activité habituelle sera-[t-]elle retrouvée ?

A quel taux ?

Avec quel rendement ?

Il y a eu une incapacité de travail totale dans les suites immédiates de l'accident et au vu de l'importance des lésions et de la chirurgie, cette incapacité de travail totale peut être envisagée sur une période d'environ un an. Ensuite, il y a eu une capacité partielle dans l'activité de secrétaire communal. On peut estimer la capacité pleine depuis le 05.11.2013, le Dr GG. _____ estimant que la capacité de travail est totale.

Les caractéristiques exactes du poste de travail en question ne nous sont pas connues.

Si elles impliquaient certaines des activités listées comme impossible ci-dessous une capacité totale ne pouvait pas être retrouvée :

Pas de position statique assis ou debout > 30 minutes, changements de position fréquents possibles, pas de positions maintenues ou mouvements itératifs contraignants pour le rachis cervical et lombaire en flexion/extension/rotation/inclinaison de la nuque respectivement du tronc, pas de travail en position agenouillée, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de port de charge itératif > 5-10 kg, pas de travail les bras en hauteur, pas de mouvements répétitifs en rotation de l'avant-bras droit, ceci en ayant à disposition un poste de travail avec un siège ergonomique avec soutien lombaire et appui cervical ainsi qu'un poste informatique adapté (hauteur d'écran, appui avant-bras, souris ergonomique).

L'activité de juriste de Monsieur B. _____ nous semble adaptée, dans la mesure où il s'agit d'une activité sédentaire permettant de respecter les limitations fonctionnelles citées ci-dessus.

Une autre activité peut être réalisée par l'assuré, tant qu'elle respecte les limitations fonctionnelles citées ci-dessus.

En conclusion, il n'y a plus d'incapacité de travail dans l'ancienne activité professionnelle comme juriste due à des problèmes ostéoarticulaires. Une perte de rendement peut être retenue, soit de 30% en raison des difficultés à mouvoir sa colonne cervicale et de la nécessité de prendre de courtes pauses pour effectuer des étirements et des mobilisations du rachis cervical et dorso-lombaire.

A relever que les troubles cognitifs susmentionnés consécutifs à l'accident et les limitations fonctionnelles qui en découlent ne

permettent pas à l'assuré d'exercer en tant que chef d'administration impliquant la gestion (se souvenir du suivi des dossiers en y intégrant des informations nouvelles) d'une multitude d'informations, la planification (élaboration des priorités, recherche de solutions...) des tâches à résoudre et en maintenant un rendement soutenu. Ceci est sans relation de causalité avec l'accident et doit être considéré comme maladie.

[...]

13. Les lésions dues à l'accident ont[-]elles entraîné une atteinte durable à l'intégrité corporelle de l'assur[é] ? Si oui, en quoi consiste l'atteinte uniquement consécutive à l'accident et à quel degré l'estimez-vous [...] ?

[...]

L'atteinte, sur le plan orthopédique, est de 35 % :

- Rachis cervical : table 7.2, fracture et spondylodèse, angulation minime, échelle +++, **15%**
- Rachis dorso-lombaire : table 7.2 fracture et spondylodèse, angulation minime, échelle+++ **15%**
- Coude droit : table 5.2, arthrose moyenne par analogie, **5%**

Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité dans les domaines psychique, neuropsychologique et neurologique.

[...]"

Sur la base de cette expertise, l. _____ a informé l'assuré le 17 décembre 2015 de ce qu'aucun droit aux prestations d'assurance ne lui était reconnu concernant les diagnostics de troubles cognitifs modérés à sévères, de majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques, de trouble anxieux et dépressif mixte, de trouble mental ou du comportement lié à l'utilisation du cannabis, ainsi que de phobie spécifique. Concernant les problèmes ostéoarticulaires, qui seuls devaient être assumés par l'assurance, l. _____ a retenu qu'ils étaient compatibles avec l'exercice à 100 % d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les experts - telle l'activité précédemment exercée à la commune d'A. _____ ; il y avait toutefois lieu de retenir une perte de rendement de 30 % en raison des difficultés à mouvoir la colonne cervicale et de la nécessité de prendre de courtes pauses pour effectuer des étirements et des mobilisations du rachis cervical et dorsolombaire. Considérant que la reprise des activités professionnelles médico-théoriques à 70 % devait être fixée au 1^{er} février 2016, l. _____ a retenu que le droit à l'indemnité journalière subsistait jusqu'au 31 janvier 2016, que l'assuré avait droit à une rente d'invalidité de 30 % dès le 1^{er} février

2016 et qu'il pouvait en outre prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35 % pour ses douleurs au niveau du rachis cervical et dorsolombaire et du coude droit.

Prenant position le 6 janvier 2016, l'assuré a contesté les conclusions des experts du Centre D._____.

Par décision du 21 janvier 2016, l._____ a confirmé la teneur de sa correspondance du 17 décembre 2015.

Par acte de son conseil du 18 février 2016, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision. Il a pour l'essentiel critiqué l'expertise du Centre D._____ et fait valoir qu'il était bien trop tôt pour établir un bilan définitif de son état de santé mais qu'il y aurait lieu d'effectuer une nouvelle évaluation dans trois ans. A cette écriture étaient jointes diverses pièces, dont un courrier adressé le 8 décembre 2015 par la Dresse S._____ à son patient, constatant que les résultats de différents examens réalisés se situaient dans la norme à l'exception du taux de sodium, à la limite inférieure de la norme et pour lequel était recommandée la consommation régulière de bouillon ou de soupe.

En date du 22 avril 2016, l'assuré - après s'être entre-temps annoncé à l'assurance-invalidité (AI) le 20 février 2012 - a transmis à l._____ un rapport d'expertise établi le 9 décembre 2015 sur mandat de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) par la Clinique [...] (ci-après : la Clinique A._____), sous la plume des Drs E._____, spécialiste en médecine physique/réhabilitation et chirurgie orthopédique, O._____, médecin assistante, U._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, AA._____, spécialiste en neurologie, et Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que par la neuropsychologue BB._____. On en extrait notamment ce qui suit de la synthèse effectuée par ces spécialistes :

"Habitudes

Il décrit une consommation de cannabis remontant à l'adolescence, qu'il considère comme non problématique.

Il décrit une période où sa consommation d'alcool était problématique, environ entre son divorce et l'accident. Il devait boire 1 à 2 verres de vin blanc avant de se rendre chez ses parents pour pouvoir affronter la situation. Il prenait également de l'alcool aux repas chez ses parents. Il y a ensuite eu sevrage lors des hospitalisations puis il a repris à moindre degré. Il décrit désormais une consommation plutôt occasionnelle, n'a pas d'alcool à domicile.

[...]

DIAGNOSTICS

Diagnostiques ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- **TCC sévère avec troubles neuropsychologiques: exécutifs, probables modifications comportementales, troubles attentionnels et légères difficultés de mémoire**
- **Trouble organique de la personnalité (F07.0)**
- **Rachialgies chroniques post fractures C7 et L1 (M54.5 et M54.2) :**
 - **Accident de la Voie Publique le 21.10.2011 avec Fracture bi-isthmique de C7, avec déplacement d'un fragment osseux intra-canalair et fracture Burst de L1 avec minime recul du mur postérieur.**
 - **Le 23.10.2011: Spondylodèse C5/D2 par vis dans masse latérale C5 et C6, vis corporeales C7 et vis transpédiculaires D1/D2 bilatérales et Spondylodèse D10/L3 par vis pédiculaires D10, D11, D12 droite, L2 et L3) [sic]**

Diagnostiques sans répercussion sur la capacité de travail :

- **Status Post Accident de la voie publique le 21.10.2011 avec Polytraumatisme :**
 - **Déchirure de l'isthme aortique**
 - **Petite contusion médullaire en regard de C6-C7 à l'IRM du 23.10.2011**
 - **Pneumothorax Gauche**
 - **Fractures des côtes antérieures gauches en série de la 2ème à la 9ème côte.**
 - **Emphysème sous cutané à gauche.**
 - **Fracture de la clavicule proximale droite**
 - **Fracture de l'apophyse transverse de D10 et D11 à droite et D12 à G.**
 - **Fracture du Plateau inférieur de D12.**
 - **Luxation du coude droit**
 - **Plaie délabrante du coude G avec perte de substance du muscle anconé**
 - **Bulle d'air dans le médiastin d'origine indéterminée**
 - **Emphysème pulmonaire**
 - **Cholestase sans dilatation des voies biliaires, d'origine médicamenteuse le 28.10.2011**

- **Etat d'agitation sur sevrage éthylique versus benzodiazépines le 26.10.2011**
- **Thrombopénie modérée le 23.10.2011**
- **Etats fébriles d'origine indéterminée le 30.10.2011 et du 02.11 au 06.11.2011.**
- **Collection sous-cutanée cervico-dorsale**
- **Escarre de l'occiput le 22.10.2011**
- **Le 22.10.2011: Pose d'une endoprothèse aortique, compliquée par une dissection de l'artère fémorale commune droite au moment du geste.**
- **Le 28.10.2011: Suture capsulo-ligamentaire du coude droit et mise en place d'un fixateur externe**
- **Le 21.12.2011 : Ablation du fixateur externe du coude D.**
- **Hypertension artérielle traitée (I10)**
- **Tabagisme (F17.2)**
- **Muguet buccal (B37.9)**
- **Hépatomégalie (K76.9)**

APPRECIATION

[...]

Sur le plan **ortho-traumatologique** en premier lieu, l'expertisé a été victime de différentes lésions (fractures de C7 et L1, fractures des apophyses transverses D10-D11 à D et D12 à G; fractures de côtes à G, fracture de la clavicule à droite, luxation du coude D, plaie délabrante du coude G avec perte de substance du muscle anconé à G). Actuellement, seules les lésions du rachis sont encore la source de plaintes et de limitations fonctionnelles significatives. Concernant les coudes, les épaules, l'assuré ne rapporte pas de plainte importante et l'examen clinique est à l'avenant avec une excellente récupération fonctionnelle. Concernant le rachis, il persiste effectivement des douleurs, des limitations de mobilité, [d]es tensions musculaires susceptibles d'avoir un retentissement sur les capacités fonctionnelles. Il faut toutefois noter aussi que les examens radiologiques sont rassurants et ne montrent aucune complication. D'autre part, on note pendant l'expertise un comportement douloureux assez marqué qui s'inscrit probablement dans une certaine peur de la douleur et du mouvement, déjà attestée par le Dr K. _____ en septembre 2012 (Kinésiophobie). On rappelle aussi quelques discordances (par exemple la différence entre la distance doigt-sol et la distance doigt-orteils) qui indiquent que vraisemblablement l'expertisé a davantage fourni un effort consenti qu'un effort maximal lors de l'examen clinique et que d'autres facteurs que les facteurs médicaux pourraient avoir une influence. Au questionnaire Oswestry, M B. _____ décrit une perception sévère de son handicap fonctionnel (44/100), qui semble aussi dépasser les constatations faites lors de la présente expertise. Au total cependant, en prenant en compte les atteintes objectives, et en valorisant les plaintes de l'expertisé, une diminution de rendement de 20% dans une activité de bureau peut être raisonnablement retenue (limitations: port de charge < 10 kg, possibilité d'alterner les positions, pas de long déplacement, adaptation ergonomique de la place de travail).

Du point de vue **neurologique**, on retient que l'expertisé présente les critères diagnostiques pour retenir un TCC sévère (durée de la perte de connaissance et de l'amnésie), avec des troubles neuropsychologiques secondaires, même si l'imagerie est négative (absence d'hématome ou de lésions axonales diffuses). L'examen neurologique est par ailleurs normal et ne retient pas de signes médullaires résiduels, de latéralisation ou d'argument en faveur d'une atteinte neurologique périphérique. Sur la base des constatations à disposition, il n'y a pas d'argument pour retenir une complication ou une aggravation secondaire. Sur le plan cognitif, **l'examen neuropsychologique**, confirme des troubles dans les fonctions exécutives, attentionnelles et de mémoire, de même que de probables modifications comportementales et émotionnelles, qui vont dans le sens d'une modification organique de la personnalité. Le tableau mesuré lors de l'expertise est cohérent; il est globalement superposable aux évaluations neuropsychologiques de 2012 et 2013 (avant qu'une péjoration ne soit décrite), les troubles cognitifs, sont avérés et reproductibles, et peuvent être mis en lien avec le TCC de 2011. Il n'y a donc pas au final d'argument objectif qui permette de retenir une aggravation telle qu'elle a été mise en avant en 2014 et le tableau clinique apparaît stabilisé depuis au moins 2013. Il n'en demeure pas moins que les limitations fonctionnelles secondaires sont réelles et que les capacités fonctionnelles devraient donc concerner en premier lieu des activités maîtrisées par l'expertisé avant l'accident, avec des activités mono-tâches à temps partiel.

Du point de vue psychiatrique, le tableau clinique est également en faveur d'un trouble organique de la personnalité corroboré par l'évaluation neuropsychologique. Au vu des éléments neuropsychologiques objectifs, une dysth[ym]ie qui aurait pu être retenue, apparaît donc beaucoup moins probable. Dans le cadre de ce trouble organique de la personnalité différentes limitations fonctionnelles peuvent être retenues. La flexibilité mentale est par exemple diminuée, ce qui réduit l'adaptation aux règles et routine. La capacité à planifier et structurer les tâches est également abaissée. L'endurance est diminuée. La capacité de jugement et la prise de décision peuvent donc être altérées. L'expertisé reste cependant un homme différencié, qui peut encore utiliser, en partie, ses compétences spécifiques. La capacité de s'affirmer existe encore mais est réduite par la labilité de l'humeur. Le sens du contact envers des tiers peut être perturbé par les manifestations de colère et d'irritabilité, ce qui peut diminuer sa capacité d'évoluer au sein d'un groupe. Les relations proches sont actuellement cependant conservées, de même que partiellement les activités spontanées. La capacité de déplacement est cependant aussi amoindrie en raison d'une forte anxiété dans cette situation (conduite automobile). Pour finir, la question soulevée de diagnostics liés à la consommation de substance psychoactives peut être abordée de cette manière. L'expertisé reconnaît par le passé une consommation d'alcool [à] visée anxiolytique et une consommation ancienne de cannabis à titre davantage récréatif. Il n'y a toutefois [à] l'heure actuelle aucun argument pour dire que ces consommations seraient problématiques, ni aucun argument [pour] conclure à une interférence avec l'évolution et le tableau cliniques. Aucun diagnostic de dépendance ou même formellement d'abus ne peut donc être retenu, ni d'ailleurs aucun autre diagnostic psychiatrique,

les limitations fonctionnelles étant intriquées avec le tableau neuropsychologique.

Avant d'aborder, la synthèse, il nous faut encore brièvement présenter ici les conclusions de l'expertise de **médecine interne**. Celle-ci ne retient pas de diagnostic dans son domaine de compétence susceptible d'induire des limitations particulières dans l'ancienne activité exercée de secrétaire, ou dans une activité de juriste ou autre d'ordre administratif.

Au terme de l'entretien de synthèse, les experts s'accordent pour retenir que l'expertisé ne présente plus de capacité pour exercer dans des postes à responsabilité tels que ceux qu'il occupait avant son accident, ceci en raison des troubles neuropsychologiques avérés et décrits ci-dessus.

En revanche, les experts s'accordent, sur la base de l'ensemble du tableau clinique (traumatologique, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique), pour retenir un rendement de 50 % dans une activité de juriste ou autre activité administrative, qui respecte les limitations décrites de manière détaillées ci-dessus. Un rendement de 40% avait été retenu en janvier 2013. Ce rendement de 50% apparaît exigible à partir de janvier 2014, aucune aggravation objective n'ayant pu être retenue.

L'expertisé apparaît apte à réaliser des activités maîtrisées auparavant, mais de manière mono-tâche (ex: gestion d'un dossier à la fois), avec des horaires adaptés pour tenir compte de la fatigabilité et des capacités attentionnelles réduites), dans un contexte évitant une mise sous pression excessive, notamment temporelle.

L'expertisé apparaît aussi disposer des ressources adaptatives suffisantes. On note qu'il a par exemple le projet de travailler par mandat. On note également que si son cercle social s'est restreint, il reste une personne différenciée, capable de s'affirmer et insérée dans la vie sociale avec notamment diverses activités de loisirs en dehors du domaine domestique (p.ex: cinémas, concerts).

Il n'y a pas de mesures médicales susceptibles d'améliorer la capacité de travail de l'assuré."

Le volet neurologique de l'expertise avait en particulier la teneur suivante (rapport d'examen du 24 novembre 2015) :

"Appréciation

[...]

En conclusion, concernant les troubles cognitifs, ceux-ci sont avérés et reproductibles, vraisemblablement secondaire au TCC même si l'imagerie est négative. En effet, sur la base de la durée de la perte

de connaissance et de l'amnésie, l'assuré a été victime d'un TCC sévère. En revanche l'aggravation observée dès l'été 2014 est à mettre sur le compte d'une composante psychogène. A l'heure actuelle une composante psychique est moins probable compte tenu du bilan psychiatrique mais un facteur médicamenteux n'est pas exclu chez cet assuré qui est au bénéfice d'un traitement de SSRI, benzodiazépine et tramadol.

Concernant la pathologie du rachis, elle interfère vraisemblablement avec une activité professionnelle, mais d'un stric[t] point de vue neurologique il n'y a pas de signe de myélopathie résiduelle.

Au total, les importantes limitations déplorées par cet assuré sont liées à une atteinte à la santé avérée liée d'une part à troubles cognitifs et d'autre part à des rachialgies résiduelles. D'un point de vue strictement neurologique, il n'y a pas d'anomalie en lien avec une atteinte cérébrale ou médullaire."

Quant au volet psychiatrique, il y était notamment mentionné ce qui suit (rapport d'examen du 25 novembre 2015) :

"Diagnostics selon la CIM10

- Diagnostics différentiels

- Trouble organique de la personnalité F07.0
- Dysthymie F34.1

Discussion

Il m'est donc demandé un avis psychiatrique dans le cadre d'un dossier qui comporte plusieurs évaluations neuropsychologiques, consécutivement à un accident de la voie publique. L'entretien psychiatrique a été relativement difficile étant donné que l'expertisé a manifesté un état de tension psychique grandissant au cours de la discussion, ce qu'il relie à un sentiment de préjudice vécu dans le cadre des différentes démarches asséculo-logiques qui le concernent. A ce moment, M. B. _____ s'est montré irritable, il a critiqué de nombreux rapports médicaux qui ont été rédigé[s] à son sujet. En particulier, l'expertisé s'érige contre toute notion d'alcoolisme ou de toxicomanie, qui ne seraient, selon ses dires, qu'utilisées à des fins malveillantes à son égard, afin que, selon ses explications, l'impact de son accident ne soit pas reconnu.

Sur le plan clinique, je suis frappé par un expertisé qui adopte souvent un discours profus et digressif, ce qui va dans le sens d'une proximité circonlocutoire. On constate également un expertisé passablement méfiant. M. B. _____ se sent persécuté par sa situation, avec également, selon l'anamnèse, une expression facilitée de la colère, ce qui génère des tensions relationnelles significatives (notamment sur le plan familial), alors que l'expertisé ne décrit pas ce genre de tendance avant son accident. On peut enfin mettre en évidence une perturbation des affects, sous la forme d'une labilité de l'humeur. Cette labilité de l'humeur est d'une part

anamnestique: l'expertisé indique qu'il alterne souvent une humeur neutre, voire légèrement euphorique, avec des affects dépressifs. D'autre part, cette labilité de l'humeur est également constatée en cours de l'entretien psychiatrique. Enfin, l'expertisé affiche des plaintes cognitives.

Face à un expertisé qui a subi un accident de la voie publique avec TCC se pose donc la question d'un éventuel trouble organique de la personnalité, les caractéristiques précédemment évoquées étant compatibles, selon la description de la CIM-10, avec cette affection.

L'évaluation neuropsychologique sera donc déterminante pour confirmer ou infirmer cette hypothèse. La participation de la médication actuelle prise par l'expertisé pourrait également infléchir ses performances cognitives. Si l'hypothèse d'une participation organique devait être exclue, le status psychiatrique actuel serait difficilement interprétable dans le cadre d'un expertisé qui vit, de toute évidence, des procédures asséculoologiques complexes avec le sentiment intense d'être mal considéré.

Sur le plan des diagnostics liés aux consommations de substances psychoactives, l'expertisé ne décrit pas en ce moment de consommation régulière d'alcool. Il n'y a pas d'anamnèse de craving ni de tremblement matinal ou de sudation lorsque l'expertisé ne consomme pas. L'expertisé me dit qu'il peut passer plusieurs jours sans consommer d'alcool, sans ressentir de symptôme de manque. A l'heure actuelle, un diagnostic de dépendance à l'alcool ou même d'abus ne peut être formellement retenu. Par le passé, l'expertisé reconnaît la prise d'alcool à visée anxiolytique, notamment lorsqu'il devait affronter la prise en charge de ses parents âgés. Ce contexte n'est plus d'actualité.

L'expertisé décrit une consommation de cannabis de longue date, laquelle n'a jamais perturbé son fonctionnement relationnel et professionnel. Il ne s'agit donc pas non plus d'une problématique qui occasionne actuellement des limitations fonctionnelles ou une baisse de la capacité de travail.

Si l'hypothèse organique n'était pas retenue, le diagnostic différentiel que je peux formuler est une évolution dysthymique. [...]

Si l'hypothèse de la dysthymie était retenue, ce diagnostic ne pourrait pas expliquer l'ampleur des plaintes cognitives alléguées par M. B. _____. Dans cette hypothèse, je n'aurais donc pas de facteur essentiellement psychiatrique qui pourrait expliquer une telle altération des facultés cognitives.

Il est clair qu'en fonction du diagnostic final retenu, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail seront différentes. Un trouble organique de la personnalité est une affection incapacitante, alors que la dysthymie ne l'est pas.

[...]"

S'agissant enfin du volet neuropsychologique, les constats suivants étaient notamment posés (rapport d'examen du 25 novembre 2015) :

"[...]

Les notions de consommation chronique d'alcool et quotidienne de cannabis reviennent à plusieurs reprises dans le dossier; elles sont réfutées par la Dresse S. _____ et l'assuré qui qualifient ces consommations d'occasionnelles et non problématiques.

[...]

CONCLUSION : Cet examen neuropsychologique réalisé chez un patient collaborant, non ralenti mais fatigable, met en évidence :

- un fléchissement exécutif (difficultés d'inhibition et de flexibilité)
- de probables modifications comportementales socio-émotionnelles post-TCC (légère désinhibition verbale, irritabilité, mauvaise gestion du stress)
- des troubles attentionnels: difficultés d'attention divisée et troubles d'attention soutenue (baisse qualitative des performances observées au cours d'une tâche exigeante d'un point de vue attentionnel, difficultés à suivre l'enchaînement des tâches sur 2 heures d'examen avec nécessité d'une pause intermédiaire, fatigabilité manifeste en fin d'examen)
- de légères difficultés de mémoire épisodique

Le reste des performances mesurées (orientation, calcul oral, fonctions practo-gnosiques, mémoire à court terme et de travail) se situe dans la norme.

Appréciation:

Après un début d'évaluation où l'assuré s'est montré volubile et désorganisé avec des propos revendicateurs par rapport à son dossier, M. B. _____ s'est montré par la suite collaborant et appliqué pour l'ensemble des tâches.

Le tableau mesuré ce jour est cohérent; il est globalement superposable aux évaluations neuropsychologiques de 2012 et 2013 (avant qu'une péjoration ne soit décrite) et peut être mis en lien avec le TCC de 2011. Bien que les examens neuro-radiologiques s'avèrent négatifs, le TCC subi peut être qualifié de sévère sur la base de la perte de connaissance et de l'amnésie post-traumatique évaluée prospectivement à 19 jours. Les déficits cognitifs mesurés aux tests sont d'intensité légère mais la fatigue, la mise sous pression temporelle (stress) ou encore la gestion de doubles tâches sont autant de facteurs susceptibles de majorer les troubles mis en évidence.

Chez cet assuré qui exerce une activité professionnelle impliquant de grandes exigences intellectuelles, des répercussions fonctionnelles sont à attendre d'un point de vue neuropsychologique: difficultés dans la gestion de situations peu structurées, flexibilité diminuée, lenteur pour acquérir de nouvelles informations, possibles conflits interpersonnels consécutifs aux

modifications comportementales socio-émotionnelles, rendement diminué avec nécessité de pauses.

La reprise de l'activité professionnelle devrait concerner en premier lieu des activités maîtrisées par l'assuré avant l'accident, mono-tâches (ex: gestion d'un dossier à la fois), à temps partiel (horaire adapté tenant compte de la fatigue et des capacités d'attention soutenue limitées), dans un contexte qui évite la mise sous pression temporelle.

[...]"

Par envoi du 1^{er} juillet 2016, l'assuré a produit une attestation émise le 3 juin précédent par la Municipalité d'A._____, soulignant en particulier la grande motivation et le réel sens des responsabilités tout au long de son engagement.

Par décision sur opposition du 7 juillet 2016, I._____ a rejeté l'opposition de l'assuré, réfutant pour l'essentiel les critiques émises à l'encontre de l'expertise du Centre D._____ et confirmant la décision du 21 janvier 2016.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, B._____ a recouru le 7 septembre 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée. Il conclut principalement à l'annulation [recte : réforme] de ladite décision et à la reconnaissance d'un taux d'invalidité de 76 %, le gain assuré [sic] étant de surcroît recalculé sur la base d'un salaire annuel de 159'803 fr. 25 et la rente mensuelle comme l'indemnité pour atteinte à l'intégrité réévaluées en conséquence. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision attaquée et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire [sic] confiée aux experts du Centre hospitalier G._____, le taux d'invalidité reconnu étant d'au moins 50 % et le gain assuré étant par ailleurs recalculé sur la base d'un salaire annuel de 159'803 fr. 25, la rente mensuelle comme l'indemnité pour atteinte à l'intégrité étant réévaluées en conséquence. Le recourant sollicite par ailleurs l'audition des parties.

Sur le plan formel, le recourant invoque une violation du droit d'être entendu dans la mesure où l'expertise du Centre D._____ a été

rendue nonobstant son refus de se plier à un test d'urine dont la nécessité ne lui a pas été expliquée, alors même que les experts ne pouvaient ignorer que ses troubles l'ont rendu paranoïaque. Il se prévaut également d'une violation des règles de procédure, dès lors que l'expertise du Centre D._____ a été menée sans que le nom des médecins ne lui ait été préalablement communiqué. Sur le fond, le recourant conteste l'expertise susdite, dont il soutient en résumé qu'elle est partielle, incomplète, mensongère et contradictoire. Il rappelle en outre que la Dresse S._____ a estimé que son taux de rendement était nul, de même que la Prof. J._____ - éléments dont l'intimée n'a pas tenu compte. Il ajoute également que si les experts du Centre D._____ - rémunérés par I._____ - ont nié l'existence de troubles psychiques, neurologiques ou neuropsychologiques liés à l'accident du 21 octobre 2011, tel n'est en revanche pas le cas de la Dresse S._____ ou des experts de la Clinique A._____, clinique qui a selon lui « *plus d'éthique que le Centre D._____* ». Il estime encore que son cas aurait dû faire l'objet d'une imagerie cérébrale et d'une expertise psychopharmacologique en lien avec les conséquences d'un éventuel abus de cannabis. Sous un autre angle, il critique le gain assuré retenu pour calculer le droit aux prestations. Pour étayer ses dires, il produit un onglet de pièces se rapportant essentiellement aux phases antérieures de la procédure.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet par réponse du 9 décembre 2016. Elle considère en particulier que rien ne permet de douter des conclusions des experts du Centre D._____. Elle nie en outre toute violation du droit d'être entendu et estime à cet égard que c'est parce qu'il avait parfaitement conscience des conséquences que les résultats des tests pouvaient avoir sur sa situation que le recourant a refusé de s'y soumettre. S'agissant de la violation des garanties de procédure, I._____ souligne que sa lettre du 19 janvier 2015 impartissait au recourant un délai pour s'opposer à l'expertise ou en discuter les modalités et que, si l'intéressé conteste aujourd'hui la mise en œuvre de cette expertise, il n'en demeure pas moins qu'il s'est régulièrement rendu aux rendez-vous qui lui ont été fixés au Centre D._____, le mode de fonctionnement de ce centre étant du reste

identique à celui de la Clinique A._____. Concernant par ailleurs des conclusions des experts de la Clinique A._____, l'intimée relève que la notion d'invalidité au sens de l'AI est plus large qu'en matière d'assurance-accidents et que les conclusions des experts mandatés par l'AI englobent la totalité des diagnostics (maladie et accident). Finalement, l._____ confirme son calcul du gain assuré.

Par réplique du 11 janvier 2017, le recourant réitère ses conclusions. Il requiert en outre que les experts des Hôpitaux [...] (ci-après : Hôpitaux QQ._____) soient sollicités en lieu et place de ceux du Centre hospitalier G._____.

Dupliquant le 23 janvier 2017, l'intimée maintient sa position et relève qu'il n'y a pas lieu à une nouvelle expertise.

Le dossier de l'OAI a été versé en cause le 4 avril 2017, montrant en particulier que le droit à une rente entière a été reconnu à l'assuré sur la base d'un taux d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} octobre 2012, puis de 76 % dès le 1^{er} avril 2014. Le dossier a conséquemment été mis à disposition des parties.

Par écriture du 8 mai 2017, le recourant souligne que l'OAI lui a accordé une rente entière d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 76 %.

Prenant position le 9 juin 2017, l'intimée s'en tient à son appréciation tout en soulignant que l'AI doit tenir compte de l'ensemble des problèmes de santé de l'assuré, alors que l'assureur-accidents ne tient compte que des conséquences de l'accident subi.

Le recourant persiste dans ses conclusions par acte du 4 septembre 2017. En annexe, il produit notamment un courrier du Dr GG._____ du 7 juin 2017 par lequel ce médecin déclare ne pas avoir été contacté par le Centre D._____, ainsi qu'une attestation de ce même médecin du 27 juin 2017 exposant que la capacité de travail du patient n'a

pas été spécifiquement évaluée durant la prise en charge du 18 avril au 5 septembre 2013.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est 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 (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, est litigieux le bien-fondé de la décision rendue le 7 juillet 2016 par l'intimée.

Sur le plan formel, le recourant invoque plus particulièrement une violation du droit d'être entendu ainsi que des règles de procédure régissant la mise en œuvre d'une expertise. Sous l'angle matériel, l'intéressé conteste l'appréciation médicale à l'origine de la décision attaquée, de même que le montant retenu à titre de gain assuré.

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

3. Il convient en premier lieu de s'arrêter sur les griefs formels soulevés par le recourant.

a) Sur un premier plan, l'assuré invoque une violation du droit d'être entendu dans la mesure où la décision litigieuse a été prononcée nonobstant son refus de se soumettre au test d'urine requis par le Centre D._____, test dont la nécessité ne lui a pas été expliquée (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2016 p. 23 s.).

Le droit d'être entendu englobe, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (cf. art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; cf. ATF 142 II 218 consid. 2.3 et 141 V 557 consid. 3.1 avec les références citées). Or, s'agissant du test d'urine refusé, on ne voit pas en quoi ces prérogatives n'auraient pas été respectées.

Il y a en revanche lieu de souligner que dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office

par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (cf. TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1). De son côté, conformément à son devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195), l'assuré est tenu de se soumettre aux examens médicaux et techniques qui sont nécessaires à l'appréciation du cas et peuvent être raisonnablement exigés (cf. art. 43 al. 2 LPGA).

En l'espèce, l'assuré ne pouvait ignorer que les analyses demandées s'inscrivaient dans le contexte d'une expertise médicale visant à déterminer son droit à des prestations d'assurance, ainsi qu'il en avait été informé par l. _____ le 19 janvier 2015. En ce sens, on peine à comprendre de quelles explications complémentaires il aurait eu besoin afin de se soumettre à un test d'urine. On notera par ailleurs que l'intéressé s'est plié à des examens sanguins le 9 mars 2015 (cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 20), quand bien même il a à cette occasion fait preuve de suspicion (cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 30). Partant, s'il a malgré ses doutes été en mesure de saisir et d'accepter la nécessité d'un bilan sanguin, on peine à comprendre qu'il n'ait pu faire de même pour un test d'urine – constat qui s'applique au demeurant aussi s'agissant du refus opposé par l'assuré au test de somnolence d'Epworth (cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 21). D'ailleurs, loin d'invoquer un quelconque défaut d'information comme il l'a ultérieurement allégué (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2016 p. 23 s.), c'est en connaissance de cause que le recourant s'est opposé au test d'urine prévu pour le 12 mars 2015, au motif « *qu'il ne voulait pas se faire piéger et qu'il refusait de collaborer davantage* » (cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 20 s.). Au final, il apparaît que si l'intéressé a certes collaboré à l'expertise médicale ordonnée par l. _____ dans le cadre de la procédure administrative, il n'a toutefois pas

entièrement obtempéré en refusant de se soumettre à certains des tests requis, attitude que rien au dossier ne permet de justifier. Il n'a, en d'autres termes, qu'imparfaitement satisfait à son devoir de collaborer.

Quant à l'impact que l'absence de test d'urine a pu avoir sur les conclusions des spécialistes du Centre D._____, cette question peut demeurer indécise au vu de l'issue du litige (cf. consid. 6 infra).

b) Dans un second grief, le recourant se prévaut d'une violation des règles procédurales en matière d'expertise, plus spécifiquement des droits de participation reconnus par la jurisprudence (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres : cf. ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9 ; cf. également TF 9C_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 3.2). Il soutient ainsi que l'intimée ne lui a pas préalablement communiqué l'identité des médecins du Centre D._____ chargés de l'examiner (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2016 p. 24). Force est toutefois de constater que dans son courrier du 19 janvier 2015, l'_____ a explicitement donné au recourant la faculté de s'opposer à ladite expertise ou d'en discuter les modalités - notamment quant aux experts désignés. Or, l'intéressé n'a pas réagi à ce courrier. Ce faisant, il a donc implicitement renoncé à faire valoir ses droits de participation. Au demeurant, on notera que dans un arrêt AI 143/12 du 26 août 2013, la Cour de céans, en se fondant sur l'ATF 137 V 210, a jugé que si la recherche d'une solution consensuelle était certes souhaitable, l'absence de recherche de concertation ou de consensus dans le processus de désignation de l'expert n'était pas en soi un droit justiciable et que seule pouvait être sanctionnée juridiquement la violation des droits de participation tels que prévus à l'art. 44 LPGa - droits auxquels l'intéressé a précisément renoncé, ainsi qu'exposé plus haut.

A cela s'ajoute que si le recourant conteste aujourd'hui la désignation du Centre D._____ en tant que centre d'expertise (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2016 p. 26), il n'en demeure pas moins qu'il s'est régulièrement rendu aux rendez-vous qui lui ont été fixés.

Or, le principe de la bonne foi – qui constitue un principe général du droit également applicable au domaine de la procédure – s'oppose à ce qu'une partie qui constate un prétendu vice de procédure ne le signale pas immédiatement, à un moment où il pourrait encore être le cas échéant corrigé, mais attende l'issue de la procédure pour l'invoquer ultérieurement si celle-ci lui a été défavorable (cf. ATF 126 III 249 consid. 3c, 124 I 121 consid. 2, 119 la 221 consid. 5a et 119 II 386 consid. 1a avec les arrêts cités). Sous cet angle, la contestation de l'assuré – comme toute demande de récusation – est dès lors tardive.

Enfin, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il critique l'éthique du Centre D. _____ par rapport à celle de la Clinique A. _____ et questionne l'impartialité dudit centre au motif qu'il serait rémunéré par I. _____ « certainement d'une manière très onéreuse pour éviter qu'il n'en « dise » trop » (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2016 p. 26 recours). Outre que rien ne vient asseoir de telles assertions, qui s'avèrent ainsi parfaitement gratuites et infondées, on relèvera également que selon la jurisprudence, le fait qu'un médecin ou un centre d'expertise se voit confier régulièrement des mandats d'expertise par un assureur social n'est pas un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.3.3).

Cela étant, force est de constater que les griefs formels soulevés à l'encontre de l'expertise mise en œuvre au Centre D. _____ ne peuvent être qu'écartés.

4. 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait

pas survenu de la même manière (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références citées ; cf. TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3).

Si l'on peut admettre que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (cf. TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 avec la référence citée ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 107 p. 930). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc ergo propter hoc*" ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (cf. TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; cf. TF 8C_283/2017 précité consid. 4.2 *in fine*).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (cf. ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, non par des experts médicaux (cf. ATF 107 V 173 consid. 4b ; cf. TF 8F_2/2016 du 27 juin 2016 consid. 3).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que

ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; cf. TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; cf. TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3 ; cf. également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

6. En l'espèce, il est constant que le recourant a été victime d'un accident le 21 octobre 2011. Est litigieuse la question de savoir dans quelle mesure cet événement a occasionné des atteintes à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance.

Pour sa part, se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise établi par le Centre D._____ le 16 octobre 2015, l'intimée retient que seuls les troubles ostéoarticulaires présentés par le recourant sont dus à l'accident susdit, à l'exclusion de tout autre diagnostic.

Quant au recourant, il conteste l'évaluation du Centre D._____ et se prévaut notamment de l'appréciation de ses médecins traitants et d'un rapport d'expertise établi le 9 décembre 2015 par la Clinique A._____ sur mandat de l'OAI.

a) Préalablement, la Cour de céans ne saurait faire cas des critiques du recourant dirigées à l'encontre des intervenants du Centre D._____. En effet, si l'assuré se plaint de son accueil ou du ton employé (cf. en particulier mémoire de recours du 7 septembre 2016 p. 5 s. et p. 18), il reste que ses griefs ne reflètent que ses impressions subjectives et ne sont pas étayés par des indices objectifs. Nonobstant ses nombreuses allégations sur le sujet, force est de constater que le recourant ne démontre pas en quoi les experts auraient outrepassé la large autonomie dont ils jouissent dans la manière de conduire l'expertise (cf. TF 9C_715/2013 du 4 février 2014 consid. 4.1.3.

Si par ailleurs le recourant met en doute la véracité des éléments factuels retenus dans le rapport d'expertise du Centre D._____ (cf. notamment mémoire de recours du 7 septembre 2016 p. 6 et 16 ss), il échoue néanmoins à apporter des indices probants montrant que ses dires auraient été déformés. L'assuré revient bien plutôt sur ses déclarations antérieures formulées lorsqu'il n'avait pas forcément conscience de la portée de ses propos, ce qui est sujet à caution (cf. jurisprudence dite des premières déclarations : ATF 121 V 45 consid. 2a), et isole de leur contexte des passages de l'expertise pour en prendre le contre-pied ou y substituer sa propre interprétation, procédé auquel on ne saurait davantage accorder crédit. On peut, par exemple, relever que les contradictions invoquées par l'assuré sont en réalité inexistantes. En effet, il n'y a rien de contradictoire à dire que le recourant n'a pas perdu de poids mais qu'il en a repris (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2016 p. 18 ; cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 7 et 8), qu'il se déplace normalement sans position antalgique ni steppage mais cependant avec une certaine difficulté (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2016 loc. cit. ; cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2016 p. 13), qu'il marche sans difficulté à l'examen orthopédique mais affiche une attitude douloureuse lorsqu'il se rend dans le bureau de l'expert psychiatre (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2016 loc. cit. ; cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 13 et 15), ou que le fonctionnement de sa pensée n'est pas atteint mais que le niveau d'intelligence est masqué par la désorganisation (cf. mémoire de recours

du 7 septembre 2016 loc. cit. ; cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 16). De telles allégations ne remettent donc pas en cause la valeur intrinsèque de l'expertise.

En tant que le recourant conteste également l'expertise au motif qu'il n'a été vu qu'à une seule reprise et durant quelques heures par chaque expert, il sied de lui faire remarquer que la durée de l'examen – qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical – ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (cf. TF 9C_87/2018 du 5 avril 2018 consid. 3.3 et la jurisprudence citée).

Cela étant, les critiques du recourant visant à décrédibiliser les experts du Centre D. _____ ne peuvent qu'être rejetées.

b) Aux termes de leur rapport d'expertise du 16 octobre 2015, les experts du Centre D. _____ ont posé les diagnostics suivants :

1. Cervicalgies et dorsolombalgies chroniques avec diminution de la mobilité rachidienne et séquelles fonctionnelles articulaires (diminution de mobilité) du coude droit, sur status post polytraumatisme sur accident de la voie publique le 21 octobre 2011 avec :

- TCC sans hématome ni contusion cérébrale ;
- fracture bi-isthmique C7, avec multiples fractures costales à gauche, fracture compression de D12, fractures de l'apophyse transverse de D10 à droite, de D11 à droite et de D12 à gauche, fracture proximale de la clavicule droite et luxation du coude droit ;
- status post-spondylodèse C5-D2 pour fracture bi-isthmique C7 ;
- déchirure de l'isthme aortique traitée par stent ;
- pneumothorax gauche ;
- status post-spondylodèse D10-L3 pour fracture Burst de L1 ;

- status post-luxation du coude droit traitée par fixateur externe ;

- status post ablation du matériel d'ostéosynthèse du coude droit.

2. Troubles cognitifs modérés à sévères (mnésiques, exécutifs, attentionnels et du calcul).

3. Majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.8).

4. Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2.)

5. Trouble mental ou trouble du comportement lié à l'utilisation de cannabis (F12.9).

6. Phobie spécifique (F40.2).

Les experts du Centre D._____ ont plus précisément retenu que les diagnostics posés en lien avec les cervicalgies, dorsolombalgies et séquelles fonctionnelles articulaires du coude droit (soit les diagnostics 1a à 1h) étaient en relation de causalité certaine avec l'accident du 21 octobre 2011 et que, sur ce plan, l'état définitif était atteint au moment de l'expertise, aucun traitement médical n'étant préconisé à cet égard (cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 33, 34 et 36). S'agissant en revanche des troubles cognitifs et du trouble anxieux et dépressif mixte (soit les diagnostics 2 et 4), les spécialistes du Centre D._____ ont retenu que le lien de causalité avec l'accident n'était que possible. Concernant finalement les diagnostics de majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques, trouble mental ou du comportement lié à l'utilisation de cannabis et phobie spécifique (soit les diagnostics 3, 5 et 6), les experts ont exclu tout lien de causalité avec les faits survenus le 21 octobre 2011 (cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 33 et 34). Les experts mandatés par I._____ ont ainsi considéré que, nonobstant une aggravation transitoire sur le plan psychique due à l'accident tout au plus jusqu'à un an après les faits (cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 34), les seuls troubles qui se trouvaient depuis lors en relation de causalité naturelle avec l'accident étaient les atteintes d'ordre ostéoarticulaires.

C'est ici le lieu de rappeler qu'outre l'expertise du Centre D. _____ mise en œuvre par I. _____, le recourant a fait l'objet d'une expertise auprès de la Clinique A. _____ sur mandat de l'OAI. Certes, comme l'a relevé l'intimée, la notion d'invalidité au sens de l'AI est incontestablement plus large que celle résultant de la LAA. Ainsi, les conclusions des experts mandatés par l'AI englobent la totalité des diagnostics qu'ils soient d'origine pathologique ou traumatique, tandis que les conclusions des experts mandatés par I. _____ ne visent que les suites de l'accident du 21 octobre 2011. Ce nonobstant, dans la mesure où les deux expertises se prononcent sur la question du lien de causalité entre les troubles de l'assuré et l'accident précité, l'expertise de la Clinique A. _____ doit être intégrée à la présente analyse.

Dans leur rapport du 9 décembre 2015, les experts de la Clinique A. _____ ont retenu que les lésions du rachis, d'ordre orthotraumatologique, étaient encore sources de plaintes. Du point de vue neurologique, ils ont fait état d'un examen normal. Pour le reste, ils ont estimé que l'assuré avait été victime d'un TCC sévère avec des troubles neuropsychologiques secondaires, soit des troubles dans les fonctions exécutives, attentionnelles et de la mémoire, avec de probables modifications comportementales et émotionnelles allant dans le sens d'une modification organique de la personnalité, soit un trouble caractérisé par une altération significative des modes de comportement habituels du sujet. Ils ont ajouté que le tableau clinique psychiatrique plaidait également dans le sens d'un trouble organique de la personnalité corroboré par l'évaluation neuropsychologique. Les experts n'ont pour le surplus retenu aucun autre diagnostic psychiatrique et ont, en particulier, exclu tout diagnostic de dépendance ou d'abus de substances psychoactives ou d'alcool. Aucune particularité n'a en outre été relevée sur le plan de la médecine interne.

aa) Sur le plan strictement somatique (soit rhumatologique et orthopédique), la Cour de céans ne voit pas de raison pertinente de s'écarter de l'appréciation des experts du Centre D. _____ en ce qui concerne l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes constatées

et l'accident du 21 octobre 2011. Ce point n'est, du reste, pas réellement disputé.

bb) La situation est en revanche plus délicate s'agissant des aspects neurologique, psychiatrique et neuropsychologique.

Il faut plus particulièrement constater que les examens neuropsychologiques pratiqués au Centre D. _____ ont montré que le recourant présentait des troubles mnésiques antérogrades épisodiques sévères prédominants en modalité verbale, associés à un dysfonctionnement exécutif modéré, et des troubles attentionnels modérés à sévères (cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 28), ce qui est pour l'essentiel superposable au tableau décrit par les experts de la Clinique A. _____ évoquant en particulier un fléchissement exécutif (difficultés d'inhibition et de flexibilité), des troubles attentionnels (difficultés d'attention divisée et troubles d'attention soutenue [baisse qualitative des performances observées au cours d'une tâche exigeante d'un point de vue attentionnel, difficultés à suivre l'enchaînement des tâches sur 2 heures d'examen avec nécessité d'une pause intermédiaire, fatigabilité manifeste en fin d'examen]) et de légères difficultés de mémoire épisodique (cf. rapport d'examen neuropsychologique du 25 novembre 2015 p. 3).

Les experts du Centre D. _____ ont toutefois considéré que la relation de causalité entre les troubles susdits et l'accident du 21 octobre 2011 n'était que possible - et donc insuffisamment établie au sens de la jurisprudence (cf. consid. 4b supra). Ils ont plus particulièrement estimé que les atteintes constatées n'étaient pas compatibles avec les séquelles d'un TCC en raison de l'absence de lésions cérébrales à l'IRM mais que la situation était par contre compréhensible si l'on tenait compte de la consommation de substances sédatives et notamment de cannabis, connu pour ses effets au niveau cognitif (cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 29 et 34), consommation que les experts ont qualifiée de secondaire à l'état anxieux et dépressif de l'assuré (cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 30).

Quant aux experts de la Clinique A._____, ils ont retenu que les troubles cognitifs étaient avérés et reproductibles et pouvaient être mis en lien avec le TCC de 2011 (cf. rapport d'expertise du 9 décembre 2011 p. 18). L'expert neurologue a plus précisément indiqué que l'examen neuropsychologique mettait en évidence des troubles exécutifs superposables à ceux décrits dans la phase aiguë post-TCC. Il a ajouté que les troubles cognitifs étaient vraisemblablement secondaires au TCC même si l'imagerie était négative, exposant à cet égard que, sur la base de la durée de la perte de connaissance et de l'amnésie, le patient avait été victime d'un TCC sévère. L'expert a encore souligné que l'aggravation observée dès l'été 2014 était à mettre sur le compte d'une composante psychogène ; en effet, l'assuré présentait une pathologie psychiatrique à caractère d'anxiété et d'état dépressif (cf. rapport d'examen neurologique du 24 novembre 2015 p. 5). L'expert psychiatre a, pour sa part, expliqué que l'évaluation neuropsychologique serait déterminante pour confirmer ou infirmer l'hypothèse d'un trouble organique de la personnalité suite à l'accident de la voie publique avec TCC (cf. rapport d'examen psychiatrique du 25 novembre 2015 p. 5). Enfin, l'expert neuropsychologue a considéré que les troubles cognitifs pouvaient être mis en lien avec le TCC de 2011, étant précisé le TCC subi pouvait être qualifié de sévère - nonobstant les examens neuro-radiologiques négatifs - sur la base de la perte de connaissance et de l'amnésie post-traumatique évaluée prospectivement à 19 jours (cf. rapport d'examen neuropsychologique du 25 novembre 2015 p. 3). Les experts de la Clinique A._____ ont encore exclu tout diagnostic psychiatrique, de dépendance ou d'abus d'alcool et ont souligné que les limitations fonctionnelles étaient intriquées avec le tableau neuropsychologique (cf. rapport d'expertise du 9 décembre 2015 p. 19).

En l'état, les conclusions de la Clinique A._____ ne peuvent être suivies. En effet, en ce qui concerne la consommation d'alcool et celle de cannabis, la Clinique A._____ s'est limitée au constat que la Dresse S._____ qui les avait réfutées et aux déclarations de l'assuré qui les avait qualifiées d'occasionnelles et non problématiques (cf. rapport

d'examen neuropsychologique du 25 novembre 2015 p. 1). Cette clinique n'a en revanche effectué aucun examen à cet égard. Ainsi, la problématique liée à la consommation d'alcool et de cannabis, confirmée par les tests sanguins effectués au Centre D._____ (cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 30), de même que l'influence de cette problématique sur les troubles cognitifs n'ont pas du tout été examinées par la Clinique A._____. Partant, cette expertise est lacunaire.

Les conclusions du Centre D._____ ne sont toutefois pas plus convaincantes. En effet, les experts ont nié tout lien de causalité entre le TCC et les troubles cognitifs au motif qu'il n'y avait pas d'atteinte cérébrale à l'IRM. Certes, l'IRM réalisée le 10 février 2012 n'a effectivement montré aucune anomalie. Force est néanmoins de constater qu'à l'exception du Centre D._____, les autres experts, médecins et spécialistes interpellés sur le sujet n'ont pas remis en question la relation de causalité entre le TCC - qualifié de sévère par les experts de la Clinique A._____, au vu de la durée de l'amnésie - et les troubles cognitifs (cf. entre autres rapports de la Dresse S._____ des 5 mars et 2 novembre 2012 ; cf. rapport de la Prof. J._____ du 15 octobre 2012 ; cf. rapport du Dr L._____ du 29 janvier 2013 p. 18 à 22 ; cf. rapport du Dr EE._____ du 5 février 2015 ; cf. rapport d'expertise du 9 décembre 2015 p. 18), cela malgré l'absence d'atteinte cérébrale à l'IRM. Il est vrai qu'aux fins d'asseoir leur analyse, les experts du Centre D._____ ont notamment argué que la durée de l'amnésie - 19 jours - avait été relativisée par la suite (cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 28). Pour autant, rien dans leur rapport - ni dans les autres rapports médicaux par ailleurs - ne vient expliciter en quoi ces 19 jours d'amnésie auraient été relativisés, respectivement dans quelle proportion. A cela s'ajoute que si les experts du Centre D._____ ont retenu que le trouble lié à la consommation de cannabis était déjà présent avant l'accident (cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2015 p. 30), ils n'ont en revanche pas cherché à déterminer comment l'assuré avait malgré tout pu maintenir une pleine capacité de travail à cette même époque. Au regard de ces considérations, il faut admettre que l'expertise du Centre D._____ est également lacunaire.

Or, aucune autre appréciation médicale au dossier ne permet de combler les lacunes constatées.

Tout au plus ajoutera-t-on encore, au demeurant, qu'en s'abstenant de soumettre l'expertise de la Clinique A._____ - pourtant communiquée en procédure administrative (cf. envoi du recourant du 22 avril 2016) - au Centre D._____ ou, du tout du moins, à son propre service médical, l'intimée a participé aux lacunes relevées par la Cour de céans.

c) A l'aune de ce qui précède, force est de constater que les pièces au dossier ne permettent pas de statuer en l'état et que des mesures d'instruction supplémentaires s'imposent afin d'apporter la lumière sur les problématiques neurologique, psychique et neuropsychologique dont l'enchevêtrement n'a pas été démêlé à ce stade, en lien avec l'accident du 21 octobre 2011.

Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'elle en reprenne l'instruction et mette en œuvre une expertise neurologique, psychiatrique et neuropsychologique afin de déterminer les atteintes éventuelles relevant de ces différentes spécialités, leur interaction entre elles, ainsi que leur relation avec l'accident du 21 octobre 2011, étant réservée toute autre mesure jugée nécessaire à l'évaluation du cas que ce soit sur les plans somatique, psychique ou cognitif. Il appartiendra ensuite à l'intimée de statuer à nouveau sur le droit aux prestations de l'assuré.

d) Vu l'issue du recours, il n'est pas nécessaire d'examiner les autres griefs du recourant, ni de donner suite à ses réquisitions.

7. a) Partant, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. En l'occurrence, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr., portés à la charge de l'intimée, qui succombe (cf. art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 7 juillet 2016 par I. _____ [...] est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

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

- IV.** I. _____ [...] versera à B. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Kieu-Oanh Nguyen Oberhaensli (pour B. _____),
- Me Didier Elsig (pour I. _____ [...]),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :